

Projektbericht
Research Report

**Optionen zur Deckung des
zukünftigen Finanzierungs-
bedarfes in der Pflege**

Monika Riedel
Thomas Davoine
Philipp Poyntner
Gerlinde Titelbach



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht
Research Report

Optionen zur Deckung des zukünftigen Finanzierungs- bedarfes in der Pflege

Monika Riedel
Thomas Davoine
Philipp Poyntner
Gerlinde Titelbach

Endbericht

Studie im Auftrag des
Bundesministeriums für Finanzen

Dezember 2015

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Monika Riedel
☎: +43/1/599 91-229
email: riedel@ihs.ac.at

Inhalt

Executive Summary	1
1. Einleitung und Hintergrund	3
2. Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich – Status Quo	5
2.1. Öffentliche Ausgaben für Pflege	6
3. Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich – zukünftige Modelloptionen	8
3.1. Grundsätzliche Überlegungen zur Modellgestaltung	8
3.2. Private Pflegeversicherung	9
3.2.1. Private Pflegeversicherung aus individueller Sicht	11
3.2.2. Private Pflegeversicherung in gesamtwirtschaftlicher Betrachtung: Theoretische Aspekte	13
3.2.3. Fazit	19
3.3. Pflegeversicherung in Analogie zur sozialen Krankenversicherung	20
3.3.1. Soziale Pflegeversicherung aus individueller Sicht	21
3.3.2. Soziale Pflegeversicherung in gesamtwirtschaftlicher Betrachtung	23
3.3.3. Fazit	24
3.4. Verpflichtende Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen	25
3.5. Pflegefonds	29
3.6. Modellauswahl	31
4. Verteilungseffekte ausgewählter Finanzierungsoptionen	33
4.1. Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen	33
4.2. Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen und Steuerreduktion von Erwerbseinkommen	38
4.3. Pflegeversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen	41
5. Gesamtwirtschaftliche Wirkungen ausgewählter Finanzierungsoptionen	45
5.1. Finanzierungsoptionen	45
5.2. Simulationsergebnisse	48

5.3. Diskussion der gesamtwirtschaftlichen Effekte	52
6. Literaturverzeichnis	54
7. Appendix	58
7.1. Kurzbeschreibung des IHS-Mikrosimulationsmodells ITABENA	58
7.2. Beschreibung von TaxLab – ein Makromodell für Österreich.....	59
7.3. Tabellenanhang	62

Tabellen

Tabelle 1: Unterscheidungsmerkmale zwischen privater und sozialer Versicherung	10
Tabelle 2: Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen spezifischer Merkmale privater Versicherungen	15
Tabelle 3: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent	35
Tabelle 4: Übersicht Haushalte mit Pensionseinkommen.....	37
Tabelle 5: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent	38
Tabelle 6: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen und Steuerreduktion von Erwerbseinkommen, Personen mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent.....	39
Tabelle 7: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen und Steuerreduktion von Erwerbseinkommen, Haushalte mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent.....	40
Tabelle 8: Pensionsversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen, Personen mit Pensions-und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 2,7 Prozent.....	42
Tabelle 9: Pensionsversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen, Haushalte mit Pensions-und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 2,7 Prozent.....	43
Tabelle 10: Makroökonomische Auswirkungen von Pflegefinanzierungsoptionen	49
Tabelle 11: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Szenario 2: Finanzierungsbedarf 2,4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 7,4 Prozent.....	63
Tabelle 12: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Szenario 3: Finanzierungsbedarf 1,6 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 4,9 Prozent.....	64
Tabelle 13: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Szenario 4: Finanzierungsbedarf 200 Mio. Euro; Pflegeversicherung 0,65 Prozent.....	65
Tabelle 14: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Szenario 2: Finanzierungsbedarf 2,4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 7,4 Prozent.....	66
Tabelle 15: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Szenario 3: Finanzierungsbedarf 1,6 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 4,9 Prozent.....	67
Tabelle 16: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Szenario 4: Finanzierungsbedarf 200 Mio. Euro; Pflegeversicherung 0,65 Prozent.....	68

Abbildungen

Abbildung 1: Ausgabenentwicklung für Pflege in Österreich, 1994-2013, nominelle Ausgaben in Millionen Euro.....	7
Abbildung 2: öffentliche Ausgaben für Pensionen und Langzeitpflege in EU-Ländern, in Prozent des BIP, 2013.....	27

Executive Summary

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit Optionen für die öffentliche Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich. Das Hauptaugenmerk des Berichtes liegt auf den Verteilungs- und makroökonomischen Effekten ausgewählter Finanzierungsvarianten.

Die am IHS bestehenden Modelle ITABENA und TAXLAB wurden eingesetzt, um diese Effekte, soweit möglich, für drei Finanzierungsvarianten zu berechnen: Ein Pflegeversicherungsbeitrag, der analog der bestehenden Krankenversicherung auf Erwerbseinkommen und daran anknüpfende Einkommen einschließlich Pensionen erhoben wird, ein ähnlicher Beitrag, der aber auf Pensionseinkommen beschränkt ist, und eine private Pflegeversicherung, die für die gesamte Bevölkerung verpflichtend abzuschließen ist.

Für die Steuer- und Beitragssituation im Jahr 2015 wurde die Betroffenheit durch Einkommenseffekte, die die Einführung eines Pflegebeitrags auf ausschließlich Pensions-, oder Pensions- und Erwerbseinkommen mit sich brächte, modelliert. Die Finanzierung des aktuellen Volumens der öffentlichen Pflegeausgaben (4 Mrd. Euro) erfordert einen Beitragssatz von 12,3 Prozent (ausschließlich auf Pensionseinkommen) bzw. 2,7 Prozent (Pensions- und Erwerbseinkommen).

Die Finanzierung der gesamten Pflegeausgaben durch Belastung der ca. 2 Mio. PensionistInnen ist mit einer Senkung um 8,5 Prozent des Netto-Pensionseinkommens bzw. 7,8 Prozent des verfügbaren Pro-Kopf-Haushaltseinkommens verbunden (im Vergleich zum Status Quo). Die Belastung der Netto-Pensionseinkommen ist in den untersten vier Dezilen mit knapp 13 Prozent am ausgeprägtesten. Werden neben Pensionseinkommen auch Erwerbseinkommen in eine Pflegeversicherung einbezogen, sinkt das durchschnittliche Einkommen aus diesen Einkommensquellen um 1,6 Prozent und das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen um 1,4 Prozent, u.a. da die Belastung auf eine Gruppe aufgeteilt wird, die etwa dreimal so groß ist wie die Gruppe der PensionistInnen. Der Verlust an verfügbarem Pro-Kopf-Haushaltseinkommen streut zwischen 1,0 Prozent im einkommensschwächsten Dezil und 1,6 Prozent in Dezil 3, in dem besonders viele Personen mit Einkünften über der Geringfügigkeitsgrenze, aber mit niedrigem Steuersatz zu finden sind.

Die Einnahmen aus Pflegebeiträgen würden Spielraum bei der Verwendung von Steuermitteln schaffen. Die freiwerdenden Steuermittel könnten für eine Senkung der Einkommenssteuer verwendet werden, die die durchschnittliche Belastung durch Pflegebeiträge auf Pensionseinkommen in allen Dezilen auf unter 5 Prozent des Netto-Einkommens drückt.

Gemessen an einer Fortführung der Finanzierung wie im Status Quo bis ins Jahr 2065 schneidet die Privatversicherungsoption bei den makroökonomischen Effekten mit stärkerem Wachstum bei BIP und Privatkonsum besser als die beiden Alternativen ab. Erkauft wird dieser Vorteil mit einer sehr ungleichen Betroffenheit in einzelnen Bevölkerungsgruppen. So klappt die Entwicklung zwischen Bevölkerungsgruppen weiter auseinander als in anderen Finanzierungsoptionen und begünstigt Erwerbstätige und Hochausgebildete bzw. versetzt PensionsbezieherInnen und Niedriggebildete in eine deutlich ungünstigere Position.

Die Implementierung der Privatversicherungsoption stellte die größte Herausforderung für die vorhandenen Berechnungs-Tools dar. Daher liegen für diese Finanzierungsoption nur die Berechnungen der makroökonomischen Effekte, und diese in vereinfachter Form vor. Konkret konnte die Modellierung keinen öffentlichen Schutzmechanismus gegen das Armutsrisiko und die davon ausgehenden negativen Anreizeffekte berücksichtigen; insofern stellen die Berechnungen die Privatversicherungsoption als zu optimistisch dar und können nicht realistisch mit den anderen Finanzierungsoptionen verglichen werden.

Die Finanzierungsoption über Beiträge auf Pensionen schneidet langfristig bezüglich BIP (+1,3 Prozentpunkte) und Privatkonsum (+1,5 Prozentpunkte) besser ab als die Fortführung der Finanzierung wie im Status Quo, jene über einen Pflegeversicherungsbeitrag analog zur Krankenversicherung (also einschließlich Erwerbsbevölkerung) schlechter (BIP: -0,7 Prozentpunkte, Privatkonsum: -0,7 Prozentpunkte). Der Pflegebeitrag auf Pensionen begünstigt Erwerbstätige und Hochausgebildete bzw. versetzt PensionsbezieherInnen und Niedriggebildete in eine deutlich ungünstigere Position, im Gegensatz zum allgemeinen Pflegeversicherungsbeitrag, der PensionsbezieherInnen im Vergleich zur Status-Quo Finanzierung langfristig besser und Erwerbstätige relativ schlechter stellt.

1. Einleitung und Hintergrund

Die Frage der Pflege und ihrer zukünftigen Finanzierung ist ein immer wiederkehrendes Thema in der öffentlichen Diskussion, wenn auch noch nicht in jenem Umfang, der den zukünftigen Herausforderungen in diesem Bereich entsprechen würde. Die demographische und gesellschaftliche Entwicklung wird für die nächsten Jahrzehnte wesentliche Veränderungen in der Finanzierung und Leistungserbringung erfordern. Aufgrund dessen scheint es für die Gestaltung der politischen Landschaft in Österreich dringend geboten, die Expertise in diesem Bereich zu erweitern und auch in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Problematiken zu stärken.

Denn von der Frage der Pflege und ihrer zukünftigen Ausgestaltung werden sich generell immer mehr Personen betroffen sehen: durch die steigende Lebenserwartung werden sich deutlich mehr Personen mit dem persönlichen Schicksal konfrontiert sehen, selbst einmal pflegebedürftig zu werden oder Angehörige in dieser Situation zu begleiten. Gleichzeitig besteht die Sorge um die Finanzierung der dann benötigten Leistungen. Gesamtwirtschaftlich betrachtet, wird von einem deutlichen Anstieg der für die Finanzierung der Langzeitpflege aufzubringenden Mittel ausgegangen. Der Ageing Report 2015 der Europäischen Kommission führt im Base Case Szenario zur Einschätzung, dass sich die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich im Zeitraum 2013-2060 verdoppeln werden, von 1,4 Prozent des BIP auf 2,8 Prozent. Die insgesamt elf für den Bereich der Langzeitpflege berechneten Szenarien ergeben Ausgabensteigerungen in einer Bandbreite von 1,2 Prozentpunkten (*Constant disability scenario*) bis zu 3,0 Prozentpunkten (*Cost convergence* und *Cost and coverage convergence scenario*) (Ageing Working Group 2015:357).

Im Dezember 2014 bezogen in Österreich 451.628 Personen Pflegegeld, d.h. sie benötigten Pflege und/oder Betreuung. Allein im Zeitraum von Dezember 2012 bis Dezember 2014 (also seit Zusammenführung von Landes- und Bundespflegegeld) ist die Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld um 18.809 Personen oder 4,3 Prozent gestiegen. Rund 82 Prozent der BezieherInnen fallen in die Altersgruppe der über 60-Jährigen.

Die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ist durch eine Reihe verschiedener Entwicklungen gekennzeichnet:

Die **demographische Entwicklung** in Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung führt zu einer Zunahme an hochbetagten Personen und zu einer Steigerung des Pflegebedarfs aufgrund chronischer Krankheiten. In Österreich prognostiziert Statistik Austria einen Anstieg des Anteils der über 65-Jährigen von 2013 18 Prozent an der Gesamtbevölkerung auf 28 Prozent im Jahre 2050. Die Zahl der potentiell unterstützungsbedürftigen Personen (Bevölkerung 65+) pro 100 Personen im Erwerbsalter

(20-64 Jahre) wird von 29 im Jahr 2013 auf 52 im Jahr 2050 steigen, was einem Anstieg um rund drei Viertel des Ausgangswertes entspricht.

Die gesellschaftliche Entwicklung, allen voran die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, der Rückgang der Angehörigenpflege und die Veränderung der Bedürfnisse der zu Pflegenden, macht eine weitere Ausdifferenzierung des Leistungsangebots notwendig. In Österreich werden derzeit rund 80 Prozent der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen überwiegend informell, also im Haushalts- oder Familienverband, gepflegt. Aufgrund der sinkenden Kinderzahlen, der steigenden Erwerbsquote von Frauen, der steigenden Scheidungsrate und der Veränderung der Familien- und Haushaltsstruktur (vor allem der verstärkte Trend zur Singularisierung der Haushalte) ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten damit zu rechnen, dass die Voraussetzungen für informelle Pflege erheblich schwieriger werden.

Die Konsequenz daraus ist ein steigender und deutlicher ausdifferenzierter Bedarf an professioneller Pflege, der Veränderungen für alle Pflegesettings bedeutet: stationäre Pflege, teilstationäre Pflege, ambulante Pflege durch mobile Dienste, 24-Stunden-Betreuung sowie alternative neue Betreuungsformen/Versorgungsmodelle.

Nach offiziellen Statistiken beliefen sich die Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich im Jahr 2013 auf knapp fünf Milliarden Euro (Gmeinder et al 2015). Die Finanzierung erfolgt zu vier Fünfteln aus öffentlichen und zu einem Fünftel aus privaten Mitteln. Die öffentlichen Mittel stammen im Wesentlichen von Bund sowie Ländern und Gemeinden, also aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Die Sozialversicherung spielt derzeit keine Rolle in der Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich, wickelt aber die Auszahlung des Pflegegeldes ab. Die privaten Mittel stammen von den privaten Haushalten und werden aus Einkommen (Pensionen, Pflegegeld) und Vermögen bestritten, und manchmal wohl auch aus dem Arbeitseinkommen von Familienmitgliedern. In diesen Statistiken werden jedoch die erheblichen Opportunitätskosten nicht berücksichtigt, die durch die informelle Pflege entstehen. Werden auch die Leistungen informell Pflegenden mit Marktpreisen bewertet, dürften sich die Kosten der Langzeitpflege gemäß einer älteren Schätzung in etwa verdoppeln (Schneider et al. 2006).

Grundsätzliche Überlegungen zur Pflegefinanzierung in Österreich wurden bereits mehrfach in Berichten dargelegt (u.a. Mühlberger et al. 2008, Kraus et al. 2011). Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit Optionen für die gesamte öffentliche Finanzierung der Langzeitpflege, ist also im Unterschied zu Kraus et al. (2011) nicht eingeschränkt auf die Finanzierung im Rahmen des Pflegefonds. Das Hauptaugenmerk des Berichtes liegt auf den Verteilungs- und makroökonomischen Effekten grundsätzlich unterschiedlicher öffentlicher Finanzierungsvarianten. Eine Diskussion, ob eine Umverteilung in der Mittelaufbringung zwischen privater und öffentlicher Finanzierung erfolgen soll, ist nicht Gegenstand des Berichtes.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in vier Teile. Im ersten Teil wird die derzeitige Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich dargestellt. Im zweiten Teil wird diskutiert, welche Anforderungen an die langfristige Finanzierung der Pflege gestellt werden, und verschiedene Finanzierungsmodelle vor diesem Hintergrund diskutiert. In den beiden abschließenden Teilen werden ausgewählte Finanzierungsmodelle der Status Quo Finanzierung gegenüber gestellt. Auf Wunsch des Auftraggebers wurden für diesen Vergleich die Finanzierung über einen Beitrag auf Pensionseinkommen und die Finanzierung über eine private Pflegeversicherung ausgewählt, die außerdem einer allgemeinen Pflegeversicherung gegenübergestellt werden. Kapitel 4 widmet sich Verteilungsaspekten in den Modellen der allgemeinen Pflegeversicherung und des Pflegebeitrags auf Pensionseinkommen, Kapitel 5 analysiert gesamtwirtschaftliche Aspekte.

2. Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich – Status Quo

Im österreichischen Wohlfahrtssystem kommt der Sozialversicherung traditionell große Bedeutung zu, Österreich gilt als Land in Bismarck'scher Tradition. Bezogen auf die Finanzierungsstruktur ist die Zuordnung Österreichs zur Gruppe der Sozialversicherungsländer jedoch weniger stark ausgeprägt: Im Gesundheitsbereich lässt sich Österreich einem Misch-Typ zuordnen, im Gegensatz zu den Ländern mit weit stärker auf Steuern (beispielsweise UK und Skandinavische Länder) bzw. Sozialversicherung (wie Deutschland, Frankreich, Schweiz und andere) konzentrierter Mittelaufbringung. Im Bereich der Pflege ist zwar in vielen Ländern Bismarck'scher Prägung der Steueranteil höher als im jeweiligen Gesundheitsbereich. Allerdings trifft dieser Sachverhalt auf Österreich in besonders ausgeprägtem Ausmaß zu (Kraus et al. 2010:35), denn die Langzeitpflege ist eines von wenigen sozialen Risiken, deren öffentliche Finanzierung in Österreich allein aus Steuern stammt und die somit außerhalb des ansonsten üblichen beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystems steht.

Zumindest drei Gründe können herangezogen werden um diese „nicht ganz österreichische“ Finanzierungsstrategie zu erklären: Erstens, steht das Risiko langer Pflegebedürftigkeit nicht in so klarem Zusammenhang zu Arbeitsbedingungen wie es bei akutem Behandlungsbedarf der Fall ist (oder zumindest zur Zeit der Gründung von Sozialversicherungen war). Zweitens wird der Bedarf nach Langzeitpflege in Österreich noch immer als eine Privatsache oder Familienangelegenheit angesehen, anders als akute Gesundheitsprobleme, für deren Behebung vom Staat umfangreiche Vorsorgen getroffen werden. Drittens stellt die Einführung des steuerfinanzierten Pflegegeldes im Jahr 1993 die wohl größte einzelne Ergänzung im österreichischen Wohlfahrtsstaat der jüngeren Vergangenheit dar, also in einer Zeit, die eher durch Restrukturierung und Kürzungen denn durch einen Ausbau des

Sozialsystems gekennzeichnet war¹. Auch historisch betrachtet, stellte die Steuerfinanzierung für Langzeitpflege kein Novum in Österreich dar, da der Vorgänger Hilflosenzuschuss zwar über das Versicherungssystem ausbezahlt wurde, aber aus Steuern finanziert wurde (Trukeschitz, Schneider 2012)

Die Mittelaufbringung für Sach- wie Geldleistungen im Bereich der Langzeitpflege in Österreich erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Eine Zweckbindung bestimmter Steuermittel für die Finanzierung der Langzeitpflege ist lange Zeit nicht erfolgt. Erst mit der Einrichtung des Pflegefonds wurde für die Jahre 2011 bis 2014 ein Zweckzuschuss an die Bundesländer festgeschrieben, der zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege dienen soll. Bund, Länder und Gemeinden haben sich in weiterer Folge darauf geeinigt, den Pflegefonds für die Jahre 2015 und 2016 in erhöhtem Umfang (2015: 300 Millionen Euro, 2016: 350 Millionen Euro) weiterzuführen. Die Mittel werden durch einen Vorwegabzug aus den gemeinschaftlichen Bundesabgaben nach dem Finanzausgleichsgesetz 2008 zu zwei Drittel vom Bund und zu einem Drittel von den Ländern und Gemeinden aufgebracht. Die Verteilung der Fondsmittel auf die Bundesländer erfolgt entsprechend den Regelungen des Finanzausgleichs, also entsprechend der Wohnbevölkerung.

Die Errichtung des Pflegefonds zielt nicht auf eine umfassende Sicherung der Finanzierung der Pflege ab, sondern auf die Bedeckung der Ausgabensteigerungen. Im Jahr 2013 beispielsweise umfasste das Volumen des Pflegefonds 200 Mio. €, was 5 Prozent der gesamten öffentlichen Pflegeausgaben desselben Jahres entspricht.

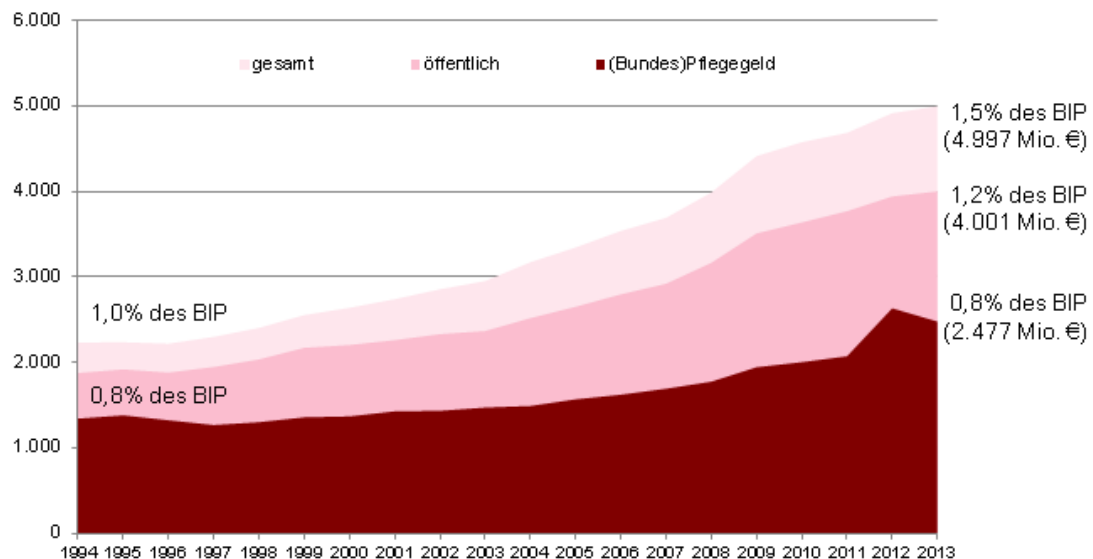
2.1. Öffentliche Ausgaben für Pflege

Statistik Austria berechnet jährlich die Ausgaben für Gesundheit und Pflege gemäß System of Health Accounts (SHA). Die letzten verfügbaren Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2013. In diesem Jahr beliefen sich die gesamten Ausgaben für Langzeitpflege auf 5 Milliarden Euro, wovon 4 Milliarden Euro öffentlich finanziert wurden. 2,5 Milliarden dieser Ausgaben wurden als Pflegegeld ausbezahlt. 1,5 Milliarden Euro wurden zur öffentlichen Finanzierung für Sachleistungen im Rahmen der Pflege verwendet.

Im Jahr 1994 machten die gesamten öffentlichen Pflegeausgaben 1,1 Prozent des BIP aus, bis 2013 stieg dieser Anteil auf 1,2 Prozent (Abbildung 1). Der öffentliche Anteil an den gesamten Ausgaben verringerte sich im gleichen Zeitraum von 84 auf 80 Prozent.

¹ Allerdings fanden neue Strukturen gerade zur Finanzierung der Langzeitpflege durchaus auch international Eingang in einige Sozialsysteme, wie etwa der Aufbau spezieller Pflegeversicherungen in Deutschland (1995) und Japan (2000) zeigte.

Abbildung 1: Ausgabenentwicklung für Pflege in Österreich, 1994-2013, nominelle Ausgaben in Millionen Euro



Quelle: IHS Darstellung unter Verwendung von Statistik Austria (2015), BMASK (2014).

Die Aufwendungen für stationäre Langzeitpflege beliefen sich im Jahr 2013 auf 2.334 Mio. Euro. Diese Leistungen wurden zur Gänze in Wohn- und Pflegeheimen erbracht. Die Finanzierung erfolgte hierbei zu 64,7 Prozent durch die Gebietskörperschaften Bund, Länder und Gemeinden und zu 35,3 Prozent durch die privaten Haushalte. Die Sozialversicherungsträger und die übrigen privaten Finanziers leisteten keinen finanziellen Beitrag für die stationäre Langzeitpflege. Bezogen auf öffentliche, laufende Ausgaben machen jene für stationäre Langzeitpflege 13,2 Prozent der gesamten Ausgaben für stationäre Behandlungen aus. Nach Finanziers betrachtet, stellt sich die stationäre Langzeitpflege insbesondere für die Bundesländer (701 Mio. Euro, 2013) als wesentliche Ausgabenkomponente dar, mit deutlichem Abstand zu den Gemeinden (431 Mio. Euro) und dem Bund (377 Mio. Euro) (Gmeinder et al. 2015:48). Der Bereich der häuslichen Gesundheitsversorgung belief sich im Jahr 2013 auf 2.470 Mio. Euro, die zu über 95 Prozent in Form von Pflegegeldleistungen vom Staat (ohne Sozialversicherung) bestritten wurden. (Gmeinder et al. 2015:32)

3. Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich – zukünftige Modelloptionen

3.1. Grundsätzliche Überlegungen zur Modellgestaltung

Die Eignung unterschiedlicher Möglichkeiten, die Absicherung eines sozialen Risikos wie Pflegebedürftigkeit zu finanzieren, kann unter verschiedenen Aspekten diskutiert werden. Hierzu zählen die Gerechtigkeit in der Mittelaufbringung, die induzierten makroökonomischen Effekte, insbesondere auf den Arbeitsmarkt, und die Nachhaltigkeit der Finanzierung.

Günstig für vertikale **Gerechtigkeit** sind Finanzierungssysteme, in denen von Personen mit höherer Leistungsfähigkeit höhere Beiträge eingehoben werden als von Personen geringerer Leistungsfähigkeit. Ein System wie die deutsche gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, in der für Personen ab einem regelmäßigen Einkommen von 54.900,00 Euro jährlich bzw. 4.575,00 Euro monatlich (2015) die Möglichkeit besteht, in eine private Kranken- und Pflegeversicherung zu wechseln, entzieht dem Risikopool tendenziell Beitragszahler in den obersten Perzentilen und trägt somit letztendlich zu einer stärkeren Belastung der niedrigeren Einkommensschichten bei, was für vertikale Gerechtigkeit abträglich ist. Unter dem Aspekt der horizontalen Gerechtigkeit wird gefordert, dass Personen in vergleichbarer finanzieller Position gleich hohe Beiträge leisten. Knüpft die Finanzierungsbasis an das Einkommen an, ist bei Einbeziehung aller Einkommensarten von höherer horizontaler Gerechtigkeit auszugehen als bei Einbeziehung nur einzelner Einkommensarten. Eine Beschränkung der Finanzierungsbasis auf Arbeitseinkommen ist unter dem Aspekt der horizontalen Gerechtigkeit daher ungünstig.

Im Vergleich unterschiedlicher Finanzierungsoptionen ist weiters die konkrete Gestaltung der zu entrichtenden Finanzierungsbeiträge von Bedeutung: feste Beitragssätze in Kombination mit einer Höchstbeitragsgrundlage, wie in den Sozialversicherungssystemen in Österreich und Deutschland, wirken tendenziell regressiv, während Lohn- und Einkommenssteuern in der Regel progressiv ausgestaltet sind. Die Finanzierung über andere Steuern ist jeweils gesondert zu betrachten und nicht einheitlich zu beurteilen.

Auch bezüglich **Arbeitsmarkteffekten** erweist sich das Arbeitseinkommen als Finanzierungsbasis als ungünstig. Der Tax Wedge wird im Vergleich zu einer nicht allein auf Arbeitseinkommen beschränkten Finanzierung verbreitert, was die Anreize, Erwerbstätigkeit aufzunehmen bzw. fortzusetzen insbesondere in den niedrigeren Einkommensklassen verringern kann.

Unter dem Gesichtspunkt der **Nachhaltigkeit** wäre eine Finanzierungsbasis ideal, die sich ähnlich wie das zu finanzierende Risiko entwickelt. Bezogen auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit und die wahrscheinliche demographische und gesundheitliche Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten wäre daher eine ebenfalls (stark) ansteigende Finanzierungsbasis wünschenswert. Finanzierungsbasen, deren Aufkommen volatil ist oder von Einmaleffekten herrühren, sind dagegen eher geeignet um zu einem Grundstock für eine Finanzierung beizutragen, oder um Reserven für Teilaspekte oder begrenzte Zeiten erhöhten Bedarfs anzulegen. Als primäre Finanzierungsbasis sind derartige Quellen ungeeignet, zumal sie einen erheblichen Umfang besitzen müssten (die öffentlichen Pflegeausgaben im Jahr 2013 betrugen 4 Mrd. Euro). Im Gegenzug zur Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland wurde beispielsweise ein Feiertag abgeschafft, um den Arbeitgebern als Zahler der Hälfte der Beiträge einen Nutzen anbieten zu können. Da der Nutzen aus diesem „Gegengeschäft“ jährlich wiederkehrt, stellt dies einen nachhaltigen Beitrag dar.

Finanzierungsbasen, die über diese Eigenschaften verfügen (ausreichende Aufkommenshöhe, zu erwartendes Aufkommenswachstum, wenig Volatilität) sind naturgemäß rar. Zudem unterliegen Steuereinnahmen dem Non-Affektationsprinzip und sollten daher nicht an eine Zweckbindung geknüpft werden, was sie gewissermaßen der Konkurrenz um andere Verwendungszwecke aussetzt. Bezogen auf die Finanzierung der Pflege wurde diese Prinzip in Österreich bereits durch die Einrichtung des Pflegefonds im Jahr 2012 gebrochen bzw. umgangen, da die Mittel hierfür durch einen Vorwegabzug aus den gemeinschaftlichen Bundesabgaben nach dem Finanzausgleichsgesetz 2008 aufgebracht werden. Mit einem Umfang von lediglich 200 Millionen Euro (2013) bzw. 5 Prozent der gesamten öffentlichen Finanzierung für Langzeitpflege ist der Umfang des Pflegefonds jedoch bescheiden.

Die Finanzierung über eine Versicherungslösung stellt insofern eine bessere Absicherung der Mittel für den eigentlichen Einhebungszweck dar, als dass eine Zweckbindung durch die getrennten Finanzkreisläufe gegeben ist. Allerdings ist auch diese Absicherung nicht absolut, aber Umwidmungen von Geldern bedürfen in der Regel gesetzlicher Änderungen. Derartige Änderungen wurden auch im Kontext des österreichischen Sozialversicherungsrechtes in der Vergangenheit bereits vorgenommen.

3.2. Private Pflegeversicherung

Private Pflegeversicherungen werden in der öffentlichen Diskussion als eine Säule zur finanziellen Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit genannt; für Deutschland beispielsweise wurden im Zuge der Reform 2008 mehrere Reformvorschläge für eine allgemeine kapitalgedeckte Pflegeversicherung vorgelegt, aber schlussendlich nicht umgesetzt (Rothgang 2010).

Da private Pflegeversicherungen international noch keine große Verbreitung genießen, und auch die Anzahl von Ländern mit einer sozialen Pflegeversicherung zwar wachsend, aber immer noch sehr klein ist, liegen nur in beschränktem Umfang empirische Erkenntnisse über einen Vergleich der tatsächlich auftretenden Effekte vor. Daher wird in diesem Kapitel oft in Analogie zu den Erfahrungen mit privaten und sozialen Krankenversicherungen argumentiert.

Für eine Abgrenzung zwischen privater Versicherung und Sozialversicherung listet Tabelle 1 einige Merkmale auf. Diese Merkmale sind idealtypisch zu verstehen. Je nach nationalen Regelungen weichen die real existierenden Versicherungen von diesen Konstellationen ab, wobei gesetzliche Regelungen insbesondere dazu dienen, jene marktwirtschaftlichen Mechanismen abzuschwächen, die zu unter Equity-Überlegungen problematischen Ergebnissen führen könnten bzw. erfahrungsgemäß führen. Sind derartige Regulierungen sehr weitreichend, kann die Abgrenzung zwischen Sozial- und Privatversicherung fast völlig verschwinden.

Tabelle 1: Unterscheidungsmerkmale zwischen privater und sozialer Versicherung

Merkmal	Private Versicherung	Soziale Versicherung
Überwiegendes Finanzierungsverfahren	Kapitaldeckung (funded)	Umlage (Pay-as-you-go)
Prämiengestaltung	Risikoabhängig	Einkommensabhängig
Prämienobergrenze	keine	Meist gesetzlich definiert
Profit-Orientierung	Gewinnorientiert	Nicht gewinnorientiert
Wettbewerb zwischen Anbietern	Besteht	Kann (Versicherungspflicht) aber muss nicht (Pflichtversicherung) bestehen
Kontrahierungszwang	Nicht gegeben bei Einzelverträgen, teils gegeben bei Gruppenverträgen	Gegeben bei Erfüllen definierter Voraussetzungen (wie Beschäftigung)
Teilnahme der Versicherten	Freiwillig	I.d.R. verpflichtend für definierte Bevölkerungsgruppen, seltener empfohlen z.B. von Interessensvertretungen
Individuelle Vertragsgestaltung	Ja. Alternativ Gruppenverträge z.B. für Beschäftigte einer Firma	Nein.
Leistungsumfang	Laut individuellem Vertrag	Meist gesetzlich definiert

Quelle: IHS.

3.2.1. Private Pflegeversicherung aus individueller Sicht

Obwohl das Risiko hoch ist, im Alter pflegebedürftig zu werden und dadurch für hohe Kosten aufkommen zu müssen, werden international nur von relativ wenigen Personen (freiwillige) private Pflegeversicherungen abgeschlossen. Nur in den USA und Japan erreichen private Pflegeversicherungen mit sieben bzw. fünf Prozent der gesamten Pflegeausgaben ein nennenswertes Ausmaß (OECD 2011: 248). Dieses „long-term care insurance puzzle“ wird in vielen westlichen Ländern beobachtet. Die Literatur bringt diese mangelnde Abschlussbereitschaft für Pflegeversicherungsverträge mit einer Reihe von Begründungen in Zusammenhang (OECD 2011; Pestieau, Pontière 2012):

- **Exzessive Kosten.** Da beispielsweise die monatlichen Kosten für ein Pflegeheim bereits oft die Median-Pension übersteigen, erreichen auch die Versicherungsprämien für die Abdeckung dieses Risikos beträchtliche Höhe, sodass viele Personen vom Abschluss einer derartigen Versicherung Abstand nehmen (müssen). Versicherungen decken daher meist nur einen Teilbetrag der Kosten. Solange der Versicherungsabschluss freiwillig erfolgt, ist mit adverser Selektion zu rechnen, da Personen mit hohem Risiko oft um ihr Risiko wissen und tendenziell eher Versicherungsverträge abschließen als Personen mit geringerem Risiko. Letzteres verteuert die Prämien weiter, während die nur teilweise Kostenübernahme den gefühlten Nutzen der Versicherung verringern kann.
Eine Untersuchung amerikanischer Versicherungspolicen ergab, dass auch die Beendigung von Pflegeversicherungsverträgen sozialpolitisch bedenklich ist. Durch Beendigung des Vertrages setzen sich die Personen erneut dem finanziellen Risiko durch Pflegebedürftigkeit aus, haben aber bereits finanzielle Ressourcen zur Absicherung aufgebracht, die hiermit verloren sind. Es zeigte sich, dass überproportional viele Personen mit niedrigerem Einkommen, weniger Ausbildung und schlechterer Gesundheit sowie überproportional viele Angehörige von ethnischen Minoritäten ihre Verträge aufkündigten, also gerade Personen, die potentiell auf die finanzielle Absicherung in größerem Maße angewiesen sind. (Konetzka, Luo 2011)
- **Konkurrierende finanzielle Verpflichtungen und Prioritäten.** Hohe Kosten für die Absicherung eines Risikos, das typischerweise erst in der letzten Lebensphase schlagend wird, halten viele Personen von frühzeitiger Vorsorge ab, solange Wohnraumschaffung, Ausbildung von Kindern oder Pensionsvorsorge noch Ressourcen binden. Bereits vor einigen Jahren wiesen amerikanische Umfragen darauf hin, dass eine Pflegeversicherung nur für eine Minderheit der Bevölkerung leistbar ist. Diese Problematik dürfte sich im Rahmen der Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse und sinkender zu erwartender Pensionsansprüche weiter verschärfen.
- **Unattraktive Verrechnungsregeln im Leistungsfall.** Das Motiv für den Abschluss einer Versicherung liegt meist im Recht auf bestimmte Leistungen im Bedarfsfall,

einschließlich gewisser Wahlmöglichkeiten zwischen Leistungen. Allerdings ist zwar oft der Grad des Bedarfes bestimmbar, aber bevorzugte Leistungen/Leistungssettings können im Zeitablauf variieren, was auch zu entsprechenden Unterschieden in den Versicherungskosten führt. (Beispiel: wurde früher ein Mehrbettzimmer mit Gemeinschaftsbadezimmer als ausreichender Standard angesehen, so empfindet dies heute die Mehrheit als nicht mehr zumutbar, was zu entsprechend höheren Ausstattungskosten führt). Die lange Dauer zwischen Versicherungsbeginn und Eintritt des Risikos verschärft die Problematik, zudem kann die Kostenentwicklung in diesem Zeitraum beträchtlich sein. Aus derartigen Kalkulationsschwierigkeiten versprechen Pflegeversicherungen oft nicht bestimmte Pflegeleistungen, sondern Geldbeträge je nach Pflegebedarf. Auch daher bleibt das Pflegerisiko nur zum Teil finanziell abgesichert.

Zudem wurde für die USA nachgewiesen, dass in der typischen Versicherungspolice die verrechneten Prämien beträchtlich über dem zu erwartenden Wert der Leistungen liegen, was der Bereitschaft zu freiwilliger Versicherung abträglich sein dürfte. (Brown, Finkelstein 2007)

- **Crowding out durch Sozialhilfe/Mindestsicherung.** In Ländern mit gut ausgebauten Sozialsystemen vertrauen Menschen darauf, im Fall der Notsituation auf soziale Absicherungsmechanismen zurückgreifen zu können. Die Existenz von Sozialhilfe und das Wissen, dass die SozialhilfeträgerInnen bei Mittellosigkeit die Pflegeheimkosten übernehmen, können rationale Haushalte vom Kauf einer privaten Pflegevorsorge abhalten. Diese Erfahrung wurde nach Einführung der Pflegeversicherung in Japan gemacht, als der zuvor wachsende Markt für private Pflegeversicherungen nahezu austrocknete (le Corre 2012).
- **Vertrauen auf Familiensolidarität.** Da der Abschluss einer Pflegeversicherung die Kosten eines Pflegeheimes (mit-)finanziert, wird diese eher nicht von Personen abgeschlossen, die im Bedarfsfall von der Familie gepflegt werden wollen. Allerdings wollen andererseits manche altruistische Personen gerade deshalb eine Pflegeversicherung, um die Familie im Bedarfsfall nicht zu belasten (selbst wenn sie eine private Präferenz für familiäre Pflege haben sollten).
- **Kurzsichtigkeit / Ignoranz und das Leugnen der Möglichkeit schwerer Abhängigkeit.** Objektiv geschätzte Eintrittswahrscheinlichkeiten sind meist erheblich pessimistischer als die Einschätzungen der Betroffenen selbst. Es ist unrealistisch davon auszugehen, dass viele Personen die exakte Eintrittswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit kennen (und ihre finanziellen Konsequenzen einschätzen können); daher macht aus Sicht dieser Personen ein Versicherungsabschluss keinen Sinn. Oft wird das unangenehme Thema auch schlicht geleugnet, was schwieriger zu beeinflussen ist als Kurzsichtigkeit bezüglich des Risikos.

Aus den genannten Gründen für die niedrige Abschlussrate einer freiwilligen Pflegeversicherung lässt sich schließen, dass eine **Verpflichtung zu ihrem Abschluss**

bestehen muss, damit private Pflegeversicherung im Aggregat einen nennenswerten Beitrag zur Finanzierung der Pflege leisten kann. Eine freiwillige Pflegeversicherung würde aus Unwissenheit und Negieren der Problematik zu selten abgeschlossen werden, und wäre zudem starker adverser Selektion ausgesetzt, was aufgrund des schmäleren Risikopools die Finanzierbarkeit des schwer langfristig kalkulierbaren Risikos verschlechtert. Zudem ist hier stärkere öffentliche Aufklärung über Pflegebedürftigkeitsrisiken und damit verbundene finanzielle Aufwendungen hilfreich.

Die Verpflichtung zum Versicherungsabschluss vermeidet weiters den Mangel an eigener Vorsorge aufgrund des Vertrauens auf staatliche Absicherung (Crowding-out) oder Familiensolidarität. Gerade letztere ist problematisch hinsichtlich sich ändernder Familien- und Haushaltsstrukturen. Die Vermeidung von Crowding-out kann mitbegründen, dass der Regulator Einkommensgrenzen für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen einzieht. Damit wird für Haushalte mit höheren Einkommen der Anreiz verstärkt, eine private Versicherung abzuschließen. (Pestieau, Pontière 2012)

3.2.2. Private Pflegeversicherung in gesamtwirtschaftlicher Betrachtung: Theoretische Aspekte

Zur Absicherung gegen gesellschaftsrelevante individuelle Risiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter können im Prinzip sowohl soziale wie auch private Versicherungsformen eingesetzt werden, beide gehen auch in gesamtwirtschaftlicher Perspektive mit jeweils spezifischen Vor- und Nachteilen einher. Ob bezogen auf die private Versicherung Vorteile oder Nachteile dominieren ist wissenschaftlich noch umstritten. Diese Debatte betrifft auch eine allfällige Versicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Da eine ausführliche Diskussion der Vor- und Nachteile den Rahmen des Berichtes sprengen würde, greifen wir die für das Pflegerisiko relevantesten Punkte heraus und verweisen für eine allgemeine Diskussion zum Beispiel auf Diamond (2004), der stärkere Vorteile im Bereich der Sozialversicherung erkennt, bzw. auf Feldstein (2005), der sie eher bei Privatversicherungen findet.

Die Auswirkungen der in Tabelle 1 zusammengefassten Merkmale privater Versicherung werden im Folgenden diskutiert und in Tabelle 2 zusammenfasst. Die einzelnen Effekte lassen sich in zwei Gruppen zusammenführen: Jene, die sich aus dem Finanzierungsverfahren (Kapitaldeckung) ergeben, und jene, die in Zusammenhang mit Gewinnorientierung und Wettbewerb stehen.

Ein Vorteil des Kapitaldeckungsverfahrens ergibt sich aus der Verzinsung des über die Laufzeit angesparten Kapitals, selbst wenn die Höhe dieses Effektes schwer abschätzbar ist.

Als weiterer Vorteil wird oft die im Vergleich zum Umlageverfahren größere Robustheit gegenüber demographischen Entwicklungen gesehen: In kapitalgedeckten

Finanzierungssystemen spart jede Generation für ihre eigenen Bedürfnisse an, schrumpfende Kohortengrößen sind daher weniger problematisch als in Umlagesystemen. Völlig unabhängig von Kohortengrößen sind jedoch auch diese Systeme nicht: Werden in geburtenstarken Jahrgängen die Risiken annähernd gleichzeitig schlagend (wie bei einem festen Pensionsantrittsalter bei kapitalgedeckten Pensionsvorsorgen), stehen relativ viele Wertpapiere gleichzeitig zum Verkauf was zu geringeren Erlösen als antizipiert führen könnte. Diese Problematik dürfte im Pflegezusammenhang weniger ausgeprägt sein als im Pensionszusammenhang, da der Bedarf für ein Alterseinkommen die gesamte Kohorte betrifft (nur mit Ausnahme vorzeitig Verstorbener), während nicht jedes Individuum eine Periode der Pflegebedürftigkeit vor dem Tode erlebt.

Bei Einführung einer kapitalgedeckten Versicherung werden die ersten Generationen insofern benachteiligt, als sie sowohl einen Kapitalstock für die eigene Vorsorge aufbauen, als auch die Leistungen für ältere Generationen finanzieren müssen. Verschiedene Ansatzpunkte, um diese Schwierigkeiten zu überwinden oder zumindest abzuschwächen, wurden in der Reformdiskussion in Deutschland angeführt, wie die Möglichkeit einen größeren Kapitalstock als Anfangskapital einzubringen, oder einen sukzessiven Umstieg von Umlage- auf Kapitaldeckungsverfahren (Zuchandke et al. 2012); zur Einführung einer die gesetzliche Pflegeversicherung ergänzenden oder ersetzenden privaten Säule der Pflegeversicherung haben diese Diskussion bislang aber noch nicht geführt.

Die lange Fristigkeit setzt hohes Vertrauen in die beteiligten Finanzinstitute voraus, deren „Überleben“ notwendig ist, um die eigene Vorsorge nicht zu verlieren. Hinzu kommt, dass die Unsicherheiten über die zukünftige Entwicklung größer sind als bei der Pensionsfinanzierung, da die Entwicklung des Pflegebedarfes und die Kostenentwicklung bei den entsprechenden Leistungen einzukalkulieren sind, vgl. Abschnitt 3.2.1.

Tabelle 2: Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen spezifischer Merkmale privater Versicherungen

Merkmal	Zu erwartende Auswirkung
Finanzierungsverfahren: Kapitaldeckung	<ul style="list-style-type: none"> • Größere Unabhängigkeit von variierenden Kohortenstärken als bei Umlageverfahren • Kapitalverzinsung über die Laufzeit • Benachteiligung der ersten Generation bei Einführung • Kalkulationsunsicherheit durch Zusammenspiel von langem Zeithorizont und Unsicherheiten bezüglich Kostenentwicklung bei Leistungen und Pflegebedarf begünstigt überhöhte Prämien • Langer Zeithorizont senkt Vertrauen der Versicherten
Profit-Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Effizienz • Größere Auswahl zwischen Vertragsoptionen (größere Kundenorientierung) • Zu erwirtschaftende Gewinne werden dem Pflegefinanzierungssystem entzogen und steigern das notwendige Aufkommen
Risikoabhängige, nach oben unlimitierte Prämien	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagekräftige Risikoerfassung und dazu passende Vertragsgestaltung und -administration • Möglichkeit prohibitiver Prämien für schlechte Risiken • Hohe Prämien für schlechten Risiken bedingen parallelen Subventionsmechanismus für Einkommensschwache • Vom Arbeitsmarkt entkoppelte und daher diesbezüglich neutrale Finanzierung
Wettbewerb zwischen Anbietern	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgaben für Marketing • Paralleler Aufbau von Strukturen für Mitteleinhebung und -verteilung (je nach „Andockmöglichkeit“ an private Krankenversicherung) • Anreize für Adverse Selection, Cream Skimming
Kein Kontrahierungszwang	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Verwaltungsausgaben für Screening von Versicherungsanträgen • Anreize für Cream Skimming bei Vertragsabschluss
Freiwillige Teilnahme der Versicherten	<ul style="list-style-type: none"> • Anreiz für Gestaltung attraktiver Leistungspakete • Kleinere, parallele Risikopools • Selbstselektion schlechter Risiken • Überproportionales Ausscheiden „schlechter Risiken“ durch schwierige Finanzierbarkeit • Bestand eines unversicherten Bevölkerungsanteils, für den Sicherungsnetz geschaffen wird/werden muss
Individuelle Vertragsgestaltung inklusive Leistungsumfang	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Verwaltungsausgaben durch individuelle Abwicklung bei Akquise und Leistungsabrechnung

Quelle: IHS.

Effizienz

Ein wesentliches Argument zugunsten privater Pflegeversicherungen liegt in der Annahme, private Pflegeversicherungen seien durch das Wirken von Markt- und

Konkurrenzmechanismen effizienter als eine öffentliche Absicherung. Ein empirischer Beleg für diese Behauptung bezogen auf Pflege steht unseres Wissens aus. Allerdings ist aus dem amerikanischen Markt bekannt, dass private Pflegeversicherungen regelmäßig höhere als die aktuarisch fairen Prämien verrechnen. Demnach entspricht im typischen Vertrag eines im Alter von 65 Jahren gekauften und bis zum Tode gehaltenen Versicherungsvertrages die Versicherungsleistung lediglich 82 Prozent des durch die bezahlten Prämien gerechtfertigten Gegenwertes. Wird der Vertrag noch vor dem Tode beendet – was häufig ist – verschlechtert sich dieses Verhältnis aus Versichertensicht weiter. (Brown und Finkelstein 2007)

Da die Funktion einer Versicherung weniger in der Erbringung von Sachleistungen, sondern vielmehr in deren Finanzierung liegt, kommt der Effizienz ihrer Verwaltung hohe Bedeutung für die Gesamteffizienz einer Versicherung zu. Es gibt jedoch kaum vergleichende Literatur über Verwaltungsausgaben oder –effizienz in privater versus sozialer Pflegeversicherung; daher wird auf Erkenntnisse aus dem Bereich Krankenversicherung zurückgegriffen.

2010 erstellte die WHO einen Überblick über **Verwaltungskosten** von privaten und sozialen bzw. staatlichen Krankenversicherungen im Zeitraum 1999 – 2007 (WHO 2010). In öffentlichen Systemen in OECD- und EU-Ländern lagen die Ausgaben für Verwaltung im Bereich von 2 Prozent (Estland) bis 7 Prozent (Luxemburg) der gesamten Ausgaben, während die Bandbreite in privaten Systemen von 2 Prozent (Polen) bis 30 Prozent (Österreich) reichte. Damit lag Österreich in diesem Länderüberblick mit rund 5 Prozent Verwaltungsausgaben bei den staatlichen Systemen im Mittelfeld der betrachteten Länder, stellte aber bei privaten Krankenversicherungen mit bis zu 30 Prozent den Spitzenreiter dar. Die festgestellten Unterschiede in den Verwaltungskosten lassen sich auf vier Gruppen von Ursachen zurückführen: Erfassungsunterschiede, unterschiedliche Abgrenzung der umfassten Verwaltungsfunktionen, Gestaltungsunterschiede bei den Versicherungsprodukten, und Begründungen aus dem Länderkontext (WHO 2010:12). Illustrativ hierfür ist ein Vergleich zwischen US-amerikanischen und französischen Privatversicherungen. Am französischen Markt sind nur wenige grundsätzlich unterschiedliche Produkte am Markt; an einer Versicherung Interessierte müssen sich zwischen Voll- und Zusatzversicherung unterscheiden, aber nicht – wie am amerikanischen Markt – über Ein- und Ausschluss einer Vielzahl von abgedeckten Einzelrisiken und über die konkreten Abdeckungsgrade. Bei Vertragsabschluss fragen Versicherungen in Frankreich lediglich eine kurze Liste von Informationen ab, zu denen auch ca. zehn schwerwiegende Erkrankungen gehören. Auch hier ist das amerikanische Procedere weit detaillierter und aufwändiger. Die daraus entstehende Vielzahl von individuellen Vertragsoptionen in den USA lassen sich weit weniger automatisiert bearbeiten als die weitgehend standardisierten Verträge in Frankreich, was sich in aufwändigerer Verwaltung, aber auch Marketing niederschlägt (Le Corre 2012:61). Somit steht dem Vorteil größerer Wahlfreiheit der Nachteil höheren Verwaltungsaufwandes gegenüber. Bezüglich unterschiedlicher Aufgabenspektren der Versicherungen dürfte bei den österreichischen Privatversicherungen von Bedeutung sein, dass sie – etwa im Gegensatz zu den deutschen Privatversicherungen – in der Regel

keine Voll-Versicherung, sondern nur eine Zusatzversicherung darstellen. Länder wie die Niederlande und die Schweiz, in denen die Absicherung des Gesundheitsrisikos der gesamten Bevölkerung auf privaten Krankenversicherungen beruht, verzeichnen im genannten WHO-Bericht zirka 17 Prozent Verwaltungsausgaben, ebenso wie die private Krankenversicherungssparte in Deutschland.

In Deutschland gehen die anteiligen Verwaltungsausgaben zurück und liegen bei den privaten Krankenversicherungen nach den letzten verfügbaren Statistiken bei 11,2 Prozent (2013). Damit sind die Verwaltungsausgaben bei den privaten im Vergleich zu den gesetzlichen Krankenversicherungen (5,1 Prozent, 2013)² in etwa doppelt so hoch, wobei bei Privaten vor allem die Ausgaben für Vertragsabschlüsse den Verwaltungskostenanteil hinauf treiben. (PKV 2014, BMG 2015)

Die Privatversicherungen insbesondere in den USA argumentieren gerne, dass hohe Verwaltungskosten auch durch höhere Qualitätsstandards, effizienteres Patientenmanagement und Vermeidung von Betrug verursacht werden, und demnach positive Aspekte aufweisen. Da in der deutschen privaten Krankenversicherung rund drei Viertel der Verwaltungsaufwendungen für Vertragsabschlüsse, und nur rund ein Viertel auf Verwaltungsaufwendungen im engeren Sinn anfallen, erscheint dieses Argument hier nicht stichhaltig.

Die Verwaltungskosten in der deutschen Pflegeversicherung lassen sich nicht exakt beziffern, da die Pflegekassen als rechtlich selbständige Körperschaften unter dem Dach der Krankenversicherung errichtet wurden. Die Krankenkassen stellen den Pflegekassen ihre räumliche, sachliche und personelle Infrastruktur zur Verfügung, über einen eigenen Verwaltungsapparat verfügen sie nicht. Die Pflegekassen erstatten den Krankenkassen die Verwaltungskosten pauschaliert zurück; die Berechnung der Pauschale berücksichtigt Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben der Pflegekassen. (GKV 2015)

Bezogen auf **Arbeitsmarkteffekte** können private Kranken- und Pflegeversicherung als neutral eingestuft werden, insofern als ihre Prämiengestaltung unabhängig vom Arbeitseinkommen ist. Ist die private Versicherung verpflichtend abzuschließen (und ist eine Sanktionierung dieser Pflicht zu erwarten), ist denkbar dass sie zu einem positiven Effekt für den Arbeitsmarkt beiträgt, um eben (mehr) Einkommen zur Bezahlung der Prämien erzielen zu können. Dieser Effekt ist aber schwer allgemeingültig argumentierbar, da er von der konkreten Gestaltung der Verpflichtung sowie allfälliger sozialer Absicherungsmechanismen für einkommensschwache Personen abhängt.

² Damit bleibt ein beträchtlicher Unterschied in den Verwaltungsausgaben auch dann bestehen, wenn die Verwaltungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich 5,7 Prozent statt der offiziell bekannt gegebenen 5,1 Prozent betragen sollten, wie kolportiert wurde.

(<http://bestpointofservice.at/2015/05/28/verwaltungskosten-tricksereien-der-krankenkassen/>)

Equity

Ein wesentliches Charakteristikum privater Kranken- und Pflegeversicherungen ist, dass die Prämienberechnung nicht wie in sozialen Sicherungssystemen einkommensbezogen, sondern risikobezogen erfolgt. Aus dem Bereich der Krankenversicherungen ist bekannt, dass dies ohne Regulierung dazu führt, dass Einkommensschwache und bereits Kranke kaum Zugang zu leistbarem Versicherungsschutz finden (Rice 1998). Europäische Krankenversicherungssysteme mit Wettbewerb installieren daher Mechanismen für einen Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den einzelnen Versicherungsinstituten, um Anreize für Cream Skimming und adverse Selektion abzubauen und gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Ein guter Mechanismus für Risikostrukturausgleich ist die notwendige Vorbedingung, um die potenziellen Vorteile des Versicherungswettbewerbs nutzen zu können. Ohne guten Risikostrukturausgleich können die Wettbewerbsnachteile die Wettbewerbsvorteile überwiegen (van de Ven et al. 2007).

Es wurde gezeigt, dass ein wirkungsvoller RSA umfangreiche Informationen bezüglich Morbidität und Inanspruchnahme von Leistungen benötigt: mit einfach erhebbaren Informationen wie Alter und Geschlecht kann nur ein Bruchteil der Varianz individueller Ausgabenunterschiede erklärt werden. Daher müssen bei Krankenversicherungswettbewerb regelmäßig entsprechende Informationen gesammelt und ausgewertet werden. Zudem hat das Ausmaß der adversen Selektion zugenommen, obwohl die Mechanismen des Risikostrukturausgleichs verbessert wurden, berichten van de Ven et al. (2007) über den Zeitraum 2000-2006. Daher wurden die Mechanismen weiter entwickelt. Der deutsche morbiditätsorientierte RSA beispielsweise berücksichtigt seit 2009 neben den Merkmalen Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente auch 80 ausgewählte Krankheiten, die zu erhöhten Gesundheitsausgaben führen. Als Ergebnis einer Evaluation wurde im Jahr 2014 die Weiterentwicklung des RSA in drei Bereichen (Versicherte im letzten Lebensjahr, Auslandsversicherte, Krankengeld) beschlossen.

Selbst wenn die Berechnung eines effektiven RSA im Pflegebereich weniger aufwendig als im Gesundheitsbereich sein sollte, sind unter Effizienzgesichtspunkten die hierfür anfallenden zusätzlichen Aufwendungen zu berücksichtigen. Dies gilt umso mehr, als im österreichischen Pflicht-Krankenversicherungssystem noch kein RSA implementiert wurde.

Nachhaltigkeit

Für die Nachhaltigkeit der Finanzierung stellen die Unsicherheiten in der langfristigen Kalkulierung der Versicherungsprodukte eine Herausforderung dar, die zu erhöhten Mark-Ups in der Prämienkalkulation führen können (Brown, Finkelstein 2007). Aus Sicht der Versicherten kann es insbesondere vor dem Hintergrund der Finanzkrise problematisch sein, langfristig schwer übertragbare Ersparnisse einem privaten Institut anzuvertrauen. Hierzu ist z.B. Transparenz darüber wünschenswert, wie die Übertragbarkeit von Ansprüchen bei

einem Versicherungswechsel geregelt ist, und wie mit den Versicherungsansprüchen im Fall eines Konkurses der Privatversicherung verfahren wird.

3.2.3. Fazit

Eine private Pflegeversicherung zur hauptsächlichen Abdeckung des finanziellen Risikos der Pflegebedürftigkeit setzt voraus, dass diese

- **verpflichtend** für breite Bevölkerungsteile sein muss, da freiwillige Abschlüsse kaum erfolgen und hohes Potenzial für adverse Selektion besteht,
- eine **zusätzliche Absicherung für einkommensschwache Personen** oder Haushalte besteht, die private Prämien nicht tragen können. Dies könnte durch Übernahme von Prämien durch die öffentliche Hand erfolgen oder durch die Verpflichtung für Versicherungen, Prämien einkommensabhängig zu gestalten. Während die staatliche Übernahme der Prämien dem Ausgaben senkungsziel entgegensteht, müssen einkommensabhängige Prämien durch einen Mechanismus für den Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungen ergänzt werden.
- durch eine aussagekräftige und regelmäßig gewartete und evaluierte Datenbasis unterstützt wird, wenn ein **Risikostrukturausgleich** implementiert werden soll. Der Aufbau eines solchen allein für den Zweck einer Pflegeversicherung ist uns aus keinem Land bekannt, da verpflichtende Pflegeversicherungen in jenen Ländern eingeführt wurden, die auch im Bereich der Krankenversicherung über Wettbewerbsstrukturen verfügen.

International wird private Pflegeversicherung in der Regel nicht als primäre Finanzierung der Pflege der gesamten Bevölkerung eingesetzt. Sie wird in manchen Ländern auf den Personenkreis mit höherem Einkommen beschränkt während eine Sozialversicherung den Personenkreis mit niedrigerem Einkommen abdeckt (Deutschland), oder die private Versicherung wird auf freiwillig Privatversicherte beschränkt (Eldershiel in Singapur via Opting-out Möglichkeit). (OECD 2011)

Damit eine private Pflegeversicherung effizienter als eine Sozialversicherung sein kann, müssen die Effizienzvorteile so hoch sein, dass sie unterschiedliche Kostenarten aufwiegen, die in einer Sozialversicherung nicht oder nicht so hoch anfallen:

- Aufwendungen für Marketing und Kundenakquise,
- Höhere Aufwendungen durch die Abwicklung individueller Verträge und Verrechnungen,
- Aufwendungen für Aufbau, Wartung und Weiterentwicklung eines RSA inklusive Datenbasis,
- Im Falle einer größeren Anzahl von Wettbewerbern, die höheren Ausgaben durch den Aufbau von parallelen Verwaltungsstrukturen,

- Gewinne.

Aus makroökonomischer Perspektive birgt eine (einkommensunabhängig eingehobene) private Versicherung den Vorteil, keine negativen Anreize am Arbeitsmarkt auszuüben.

3.3. Pflegeversicherung in Analogie zur sozialen Krankenversicherung

In einigen Ländern wurde der Bereich Pflege bereits in das Sozialversicherungssystem integriert. In den Niederlanden ist der Bereich der Pflege in die allgemeine Krankenversicherung integriert, in Deutschland besteht verpflichtende Pflegeversicherung seit 1995 als eigene Säule der Sozialversicherung, in Japan wurde im Jahr 2000 und in Korea im Jahr 2008 eine Pflegeversicherung eingeführt.

In den Niederlanden und in Deutschland besteht Übereinstimmung beim **Versichertenkreis** in Kranken- und Pflegeversicherung: in den Niederlanden durch die Integration des Pflegerisikos in die Krankenversicherung, in Deutschland durch die umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten. Demnach sind alle gesetzlich krankenversicherten Personen automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert, und jede privat krankenversicherte Person muss eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

In der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung bestehen Unterschiede zwischen einzelnen Ländern. In Deutschland bestehen die Einnahmen fast ausschließlich aus Beiträgen. So berichtet das deutsche statistische Bundesamt für das Jahr 2014 Beitragseinnahmen in Höhe von 25,83 Mrd. Euro, bei gesamten Einnahmen in Höhe von 25,91 Mrd. Euro³. Diese Beiträge stammen von Erwerbstätigen aller Altersgruppen sowie von Personen im Ruhestand; die Höhe der Beitragssätze ist bundesweit einheitlich festgelegt. In Japan hingegen wird die Pflegeversicherung je zur Hälfte aus Steuereinnahmen und aus Versicherungsbeiträgen im Umlageverfahren finanziert. Die Beitragspflicht setzt im Alter von 40 Jahren ein. Personen im Alter von 40 bis 64 Jahren zahlen einen niedrigeren Beitragssatz; im Aggregat finanzieren ihre Beiträge rund 31 Prozent der Einnahmen der Pflegeversicherung. Der höhere Beitragssatz der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahre) finanziert 19 Prozent der gesamten Einnahmen der Pflegeversicherung. Die konkrete Höhe der Beitragssätze wird in den Gemeinden festgelegt und variiert dementsprechend. Zur Steuerfinanzierung der Pflegefinanzierung tragen die nationalstaatliche Ebene 25 Prozent, die Präfekturen 12,5 Prozent und die Gemeinden weitere 12,5 Prozent bei.

³ http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/XWD_30/D.409/28843

3.3.1. Soziale Pflegeversicherung aus individueller Sicht

Zugang zu Versicherungsschutz

Die Einrichtung einer sozialen Pflegeversicherung definiert das Risiko der Pflegebedürftigkeit als ein Risiko, für dessen Absicherung nicht mehr die Einzelperson alleine, sondern die Versichertengemeinschaft – zumindest teilweise – zuständig ist. Dadurch wird in sozialen Pflegeversicherungen wie in den Niederlanden, Deutschland oder Japan der gesamten Bevölkerung⁴ Zugang zu den Leistungen der Versicherung verschafft, im Gegenzug aber auch die gesamte Bevölkerung an der solidarischen Finanzierung dieser Leistungen beteiligt: Der größere Risiko- (und Finanzierungs-)pool ermöglicht eine effizientere Versicherung, und breite verpflichtende Teilnahme schafft auch Vorteile hinsichtlich Equity. Allerdings ist diese Abdeckung der gesamten Bevölkerung in Deutschland und den Niederlanden dadurch erreicht, dass eben eine Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung implementiert wurde, von der sich die Teilnahme im Pflegeversicherungssystem ableitet. In Österreich besteht eine solche Pflicht nicht, daher gibt es – wenige – Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die bei einer abgeleiteten Pflegeversicherungspflicht daher auch nicht über diesen Schutz verfügen würden.

Im Vergleich zu einem privaten Versicherungssystem stellt der große Versichertenkreis einen Vorteil dar, da private Versicherungen – in ihrer Urform – gerade für Personen mit erhöhtem Risiko nur zu sehr unvorteilhaften Bedingungen Versicherungsschutz bieten, bzw. bei besonders hohem Risiko diesen auch verweigern werden.

Im Vergleich zu steuerfinanzierten Modellen ist festzuhalten, dass diese zwar einerseits den „Versicherungsschutz“ als Bürgerrecht begreifen und daher an keinerlei Mitgliedschaft in einer Versicherung knüpfen. Andererseits ist dieses Bürgerrecht in manchen Ländern eher als Sicherheitsnetz denn als umfassende Versorgung zu verstehen, mit entsprechend niedrigem oder spät einsetzendem Leistungsniveau.

Finanzierungsgerechtigkeit

Die Beiträge zur Sozialversicherung knüpfen typischerweise an das Arbeitseinkommen bzw. davon abgeleitete Einkommen an und werden zwischen Beschäftigten und ArbeitgeberInnen geteilt. Beiträge, die mit dem individuellen Risiko variieren, sind nicht vorgesehen⁵. Damit ist Umverteilung zwischen Personen mit höherem und jenen mit niedrigerem Risiko systemimmanent. Prämien bleiben – im Vergleich zu risikoabhängigen Prämien privater Versicherungen – für weit größere Bevölkerungsanteile leistbar.

⁴ Im Falle Japans: Der gesamten Bevölkerung ab dem Alter von 40 Jahren.

⁵ In gewissem Umfang besteht in einzelnen Versicherungssystemen jedoch eine unterschiedlich hohe Belastung von Personen unterschiedlicher Risikogruppen, wie die nach Alter gestuften Beiträge in Japan.

In Deutschland beispielsweise besteht seit dem Jahr 2008 für die Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung ein allgemeiner einheitlicher Beitragssatz. Dieser liegt für 2015 bei 2,35 Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens, je zur Hälfte von den Beschäftigten und den ArbeitgeberInnen zu zahlen. Ab der Beitragsbemessungsgrenze (2015: ein Einkommen von 4.125 Euro monatlich) wird der Beitrag gedeckelt. Die maximale Beitragshöhe zur Pflegeversicherung für Angestellte liegt daher bei 96,94 Euro monatlich, von denen 48,47 Euro selbst zu zahlen sind. Seit dem 1. Januar 2005 zahlen kinderlose Personen einen Zuschlag zur Pflegeversicherung von 0,25 Prozent ihres Einkommens, also insgesamt 2,6 Prozent des Einkommens. Der Zuschlag für Kinderlose muss allein von den Versicherten getragen werden. Bis 1. April 2004 wurden die Beiträge von RentnerInnen zu 50 Prozent von der Rentenversicherung getragen, seither zahlen sie ihren Beitrag zur Pflegeversicherung in voller Höhe alleine.

Wie in Österreich, sind auch in Deutschland andere als Arbeitseinkommen nicht in die Beitragsbemessung eingeschlossen. Dies hat wiederholt zu Kritik und Diskussion geführt. Als Argumente für eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage wurden sowohl horizontale Gerechtigkeit als auch die Nachhaltigkeit der Finanzierung genannt. Diese Entwicklungen sind besonders schmerzhaft für die langfristige Finanzierung, da auch andere Entwicklungen am Arbeitsmarkt zu einer Erosion der Beitragsgrundlage führen, wie die verhaltene Lohnentwicklung und die Einführung und Zunahme von Mini-Jobs in Deutschland, die von der Beitragsleistung ausgenommen sind. Ähnliches gilt für den stärkeren Anstieg privater Alterspensionen zulasten öffentlicher Alterspensionen. (Rothgang 2010:446)

Leistungsgerechtigkeit

Die Einrichtung eines spezifischen Zweiges sozialer Absicherung schafft aus Sicht der Versicherten Transparenz und Sicherheit. Die Zahlung von Beiträgen für (spätere) Leistungen erzeugt Verbindlichkeit, die durch definierte Leistungsansprüche und Allokationsmechanismen festgeschrieben wird. Durch die Zweckwidmung definierter Beiträge ist die Sicherheit für die Versicherten höher als (meist) in Systemen ohne konkret definierte Finanzierungsbeiträge und davon abgeleitete Leistungsansprüche, wie insbesondere in steuerfinanzierten Systemen.

Werden Leistungsansprüche (und Finanzierungsregeln) nationalstaatlich einheitlich geregelt, ist auch weniger Spielraum für geographische Verteilungsprobleme.

Zudem führt der Versicherungscharakter zu einer Abkehr von einem Fürsorgesystem mit den damit oft verbundenen Stigma-Effekten bei Inanspruchnahme der Leistung.

3.3.2. Soziale Pflegeversicherung in gesamtwirtschaftlicher Betrachtung

Effizienz

Wie in Abschnitt 3.2.2 ausgeführt, sind uns keine Effizienzvergleiche zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung bekannt. Gehen wir jedoch bei Sozialversicherungssystemen von einer geringeren Anzahl von durchführenden Institutionen aus, so ist zu erwarten dass eine geringere Anzahl paralleler Strukturen aufgebaut werden und somit auch die Verwaltungsausgaben im Aggregat geringer ausfallen.

Es ist anzunehmen, dass gewisse Effizienzvorteile auftreten wenn Kranken- und Pflegefinanzierung parallel organisiert werden: Der Aufbau eines Verwaltungsapparates für die Pflegeadministration allein erscheint wenig effizient; in Ländern wo eine soziale Pflegeversicherung eingerichtet wurde, besteht sie in engem Verbund mit der Krankenversicherung um Verwaltungsvorteile zu nutzen. Diese Synergie ist zwar prinzipiell in privaten wie in sozialen Versicherungssystemen nutzbar; in Sozialversicherungssystemen ist aber die Versicherungspflicht für Pflege- und Krankheitsrisiko aneinander gekoppelt, wovon in Privatversicherungen nicht auszugehen ist.

Bezüglich Verwaltungseffizienz ergeben sich für Sozialversicherungslösungen Vor- und Nachteile, die spiegelbildlich zu den Positionen der privaten Versicherungen zu sehen sind, vgl. Tabelle 2. Risikoabhängige Prämiengestaltung und individualisierte statt standardisierter Verträge verursachen Administrationskosten, die in Sozialversicherungssystemen nicht oder in geringerer Höhe anfallen. Andererseits vermissen als Pflichtversicherung angelegte Sozialsysteme jene günstigen Anreize für Effizienz und Kundenorientierung, die sich aus der Wettbewerbssituation ergeben.

Im Vergleich zu steuerfinanzierten Systemen kann von ähnlichen verwaltungsökonomischen Vorteilen ausgegangen werden, da auch dort vorhandene Strukturen für die Mitteleinhebung etc. genutzt werden können.

Arbeitsmarkt

Die Bindung der Beiträge an das Arbeitseinkommen vergrößert den Tax Wedge und kann daher, insbesondere bei niedrigen Einkommen, als Anreiz gegen die Aufnahme oder Ausweitung von Erwerbstätigkeit wirken. Durch die üblicherweise festen prozentuellen Beitragssätze dürfte die negative Anreizwirkung bei der Ausweitung bzw. Aufwertung von Beschäftigung geringer ausfallen als in Zusammenhang mit progressiv gestalteten Lohn- bzw. Einkommenssteuern. Aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage auf Sozialversicherungsbeiträge dürfte dieser Unterschied insbesondere im Bereich hoher Einkommen bestehen.

Nachhaltigkeit

Die Bindung der Beiträge an die (Arbeits-)Einkommen führt in kurz- bis mittelfristiger Betrachtung zu einem vorhersehbaren und verlässlichen Strom an Einnahmen. In der längerfristigen Perspektive ist kritisch, dass mit sinkender Lohnquote auch die Beitragsgrundlage, gemessen an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, zurückbleibt. Sowohl in der deutschen⁶, wie auch in der japanischen (Ohwa, Chen 2012) Pflegeversicherung mussten die Beitragssätze seit Einführung der Versicherung bereits mehrmals angehoben werden, um den wachsenden Ausgabenvolumina Rechnung zu tragen. Auch wenn die sinkende Lohnquote wohl kaum die einzige Begründung für die steigenden Beitragssätze darstellt, trägt sie zweifelsohne zu ihrer Notwendigkeit bei.

Gegenüber einer Steuerfinanzierung bietet die Finanzierung über Sozialversicherungseinnahmen den Vorteil, dass die Einnahmen zweckgebunden sind und daher auch verlässlich für den definierten Zweck – die Finanzierung der Langzeitpflege – zur Verfügung stehen. Abweichungen von der zweckgemäßen Verwendung bedürfen i.d.R. einer gesetzlichen Änderung.

Gegenüber Privatversicherungen bietet eine im Umlageverfahren finanzierte Versicherung den Vorteil, flexibler hinsichtlich unerwarteter Entwicklungen zu sein. Selbst wenn sie dazu gesetzliche Änderungen benötigen, können Beiträge schneller angepasst werden, wenn unerwartete Änderungen bei Leistungsbedarfen auftreten. Die Möglichkeit zur Umverteilung zwischen Generationen ist größer als bei Privatversicherungen, die stärker auf das Element setzen, dass jede Kohorte den benötigten Kapitalstock selbst aufbaut.

3.3.3. Fazit

Die Bindung von Sozialversicherungsbeiträgen an das Einkommen hat den Vorteil, dass die Beiträge damit sozial angepasst und somit für alle Haushalte leistbar sind, im Gegensatz zu risikoabhängig berechneten Prämien von privaten Versicherungen.

Die Kombination eines festen Beitragssatzes mit einer Höchstbeitragsgrundlage führt aufkommensseitig zu einer regressiven Wirkung. Im Vergleich zu einer Finanzierung über die progressiv gestalteten Lohn- und Einkommensteuern sind daher weniger günstige Verteilungseffekte für niedrige Einkommen zu erwarten. Dieser Effekt wird durch die schmäleren Steuerbasis bei Sozialversicherungsbeiträgen verstärkt, da andere Einkommen stärker von den oberen als den niedrigen Einkommensgruppen bezogen werden.

⁶ Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 betrug der Beitragssatz 1 Prozent, 2008 bereits 1,95 Prozent, und 2015 2,35 Prozent.

Makroökonomisch wirkt die Koppelung der Beiträge an die Arbeitseinkommen negativ, was sich in weiterer Folge auf das Wirtschaftswachstum durchschlagen kann.

Trotz der Verbindlichkeit der Bemessungsbasis kämpfen die etablierten Pflegeversicherungen mit der Nachhaltigkeit ihrer Finanzierung. Sowohl in der deutschen, wie in der japanischen Pflegeversicherung ist die Reform der Finanzierung stetes Thema, obwohl in ihrer kurzen Existenz bereits mehrfach Beitragssatzerhöhungen und verwandte Maßnahmen ergriffen wurden.

3.4. Verpflichtende Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen

Die Einrichtung einer Pflegeversicherung in weitgehender Analogie (gleicher Kreis von Beitragspflichtigen, gleicher Einkommensbegriff für Beitragsbemessung) zur sozialen Krankenversicherung birgt Anreize für negative Effekte auf Arbeitsmarkt und wirtschaftliches Wachstum in sich. Um unerwünschte makroökonomische Effekte gering zu halten, ist aber überlegenswert einen Beitrag einzuführen, der auf Pensionseinkommen beschränkt ist.

Eine stärkere Belastung der Pensionseinkommen könnte durch die damit einhergehende Senkung der Netto-Pensionen sogar den Effekt haben, dass der Übertritt in die Pension hinausgezögert wird.

Ein Nachteil dieses Ansatzes ist, dass die Steuerbasis weit geringer ist als bei Einführung einer Sozialversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen, und daher der pro zu erzielender Einnahmenmilliarde anzusetzende Beitragssatz entsprechend höher.

Dennoch sprechen einige Gründe für die Einrichtung eines solchen Beitrags, wie im Folgenden ausgeführt:

- Im Vergleich zu den Arbeitseinkommen der Erwerbsbevölkerung sind Pensionseinkommen in Österreich weniger hoch mit SV-Beiträgen belastet, da lediglich Krankenversicherungsbeiträge zu leisten sind. Beiträge zur sozialen Unfall-, Arbeitslosen- oder Pensionsversicherung fallen nicht mehr an. Im Geltungsbereich des ASVG beispielsweise summieren sich die SV-Beiträge bei den Einkommen der Aktiven auf 39,7 Prozent (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil), bei Pensionseinkommen hingegen auf 9,18 Prozent (2015, bis zur Höchstbeitragsgrundlage von 4.650 Euro monatlich).
- Die Entwicklung von Pflegeausgaben und Pensionsausgaben verzeichneten in den letzten Jahren eine weitgehend ähnliche Dynamik, was sich in absehbarer Zukunft nicht wesentlich ändern dürfte. Dementsprechend sind die Entwicklung der

öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege und der Pensionsausgaben⁷ hoch korreliert. Der Korrelationskoeffizient zwischen den Pflegeausgaben und jenen für Pensionen für den Zeitraum 2001-2013 betrug beispielsweise 0.99. Dies stellt eine gute Voraussetzung für die nachhaltige Nutzbarkeit dieser Grundlage für die Finanzierung der Pflege dar.

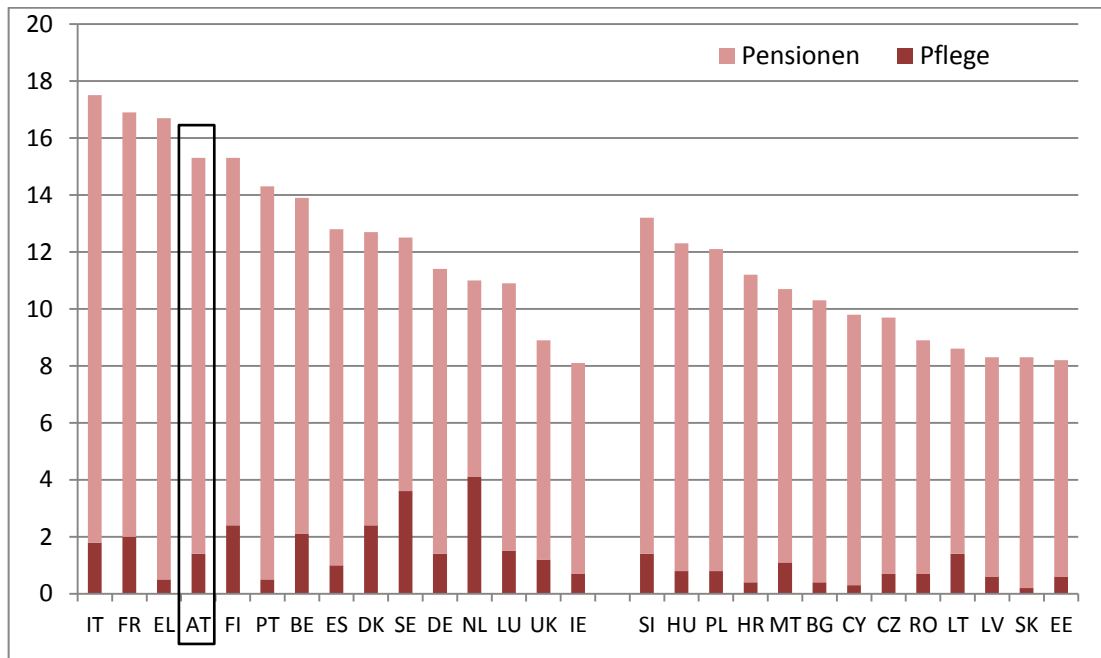
Da Pflegebedürftigkeit vor allem im Alter auftritt, kann eine überproportionale Beteiligung an der Finanzierung in diesem Lebensabschnitt als gerechtfertigt angesehen werden.

- International ist eine höhere Beteiligung Älterer an der öffentlichen Pflegefinanzierung zwar nicht sehr verbreitet, wurde aber durchaus in einzelnen Systemen implementiert. Hierzu zählen gerade die deutsche und die japanische Pflegeversicherung, die international weite Beachtung finden und – trotz aller damit behafteter Probleme - auch als Vorbild für den Aufbau neuer Systeme fungieren (beispielsweise die japanische Pflegeversicherung als Vorbild für die koreanische):
 - Der Versicherungsanteil der Pflegefinanzierung in Japan ist auf die Bevölkerung ab dem Alter 40 beschränkt. Hierbei übersteigen die Beitragssätze der Bevölkerung ab 65 Jahren jene der jüngeren Bevölkerung.
 - In der deutschen gesetzlichen Pflegefinanzierung wird der Beitrag der Erwerbspersonen hälftig zwischen ArbeitgeberInnen und Beschäftigten geteilt. Bei RentnerInnen fällt ebenfalls ein Beitrag von 2,35 Prozent an, der allerdings seit 2004 allein von den RentnerInnen zu tragen ist. Zuvor trug die Hälfte des Beitrags die jeweilige Rentenversicherung, ähnlich der österreichischen Lösung für Krankenversicherungsbeiträge heute.
 - Die Einführung eines (höheren) Finanzierungsbeitrages zur Langzeitpflege für die ältere Bevölkerung wäre daher auch im internationalen Vergleich gut argumentierbar.
- Im Vergleich der EU15-Länder sind die öffentlichen Ausgaben für Pensionen in Österreich hoch (Rang 4), jene für Pflege „unauffällig“ (Rang 9), vgl. Abbildung 2. Beide Ausgabenkategorien dienen der öffentlichen Absicherung von Risiken, die vorwiegend die ältere Bevölkerung treffen, und die zumindest zum Teil in einem ursächlichen Zusammenhang miteinander stehen. Es ist daher argumentierbar, dass höhere Ausgaben für Pensionen niedrigere Ausgaben für Pflege kompensieren

⁷ Geldausgaben der Pensionsversicherungen gesamt, Quelle Statistische Handbücher des Hauptverbandes des Sozialversicherungsträger, laufende Jahrgänge, Tabelle 5.05.

können, bzw. dass eine Umwidmung von Ausgaben zugunsten der Pflegefinanzierung vorgenommen wird.

Abbildung 2: Öffentliche Ausgaben für Pensionen und Langzeitpflege in EU-Ländern, in Prozent des BIP, 2013



Quelle: IHS-Darstellung basierend auf Ageing Working Group (2015).

Wird die Finanzierung der Langzeitpflege über Beiträge auf Pensionseinkommen im Rahmen der Sozialversicherung organisiert, führt dies zu weiteren Effekten im Gefüge der Pflegefinanzierung, da die Einführung eines weiteren Sozialversicherungsbeitrages die Netto-Pensionen senkt:

Rund 16 Prozent (2010) der Personen mit Pflegegeldbezug erhalten stationäre Pflege (BMASK 2011). Die Mehrzahl der Personen in stationärer Pflege verfügt jedoch nicht über ein ausreichend hohes Einkommen oder Vermögen, um die für Aufenthalt und Pflege anfallenden Kosten zur Gänze aus eigenen Mitteln bestreiten zu können; diese sogenannten TeilzahlerInnen werden derzeit durch Mittel aus der Sozialhilfe ko-finanziert. Bei sinkenden Netto-Pensionen ist von einem Anstieg der zur Ko-Finanzierung notwendigen Mittel auszugehen.

Im Jahr 2012 lagen 10,1 Prozent der Pensionseinkommen unter dem Richtsatz für den Bezug einer Ausgleichszulage, Tendenz bei Männern wie Frauen fallend. Bekanntlich ist die

Armutsgefährdung im Alter bei Frauen höher als bei Männern; dementsprechend betrug der Anteil von Pensionen unter dem Richtsatz bei Männern im Jahr 2012 8,4 Prozent, bei Frauen aber 11,2 Prozent. (BMASK 2013).⁸

Weiters würden einige Pensionseinkommen, die derzeit noch knapp über dem Richtsatz liegen, unter diese Grenze gedrückt werden. Bei Anspruch auf nur eine Pension wird in Bezug auf Krankenversicherung davon ausgegangen, dass die Ausgleichszulage nicht zur Finanzierung der Krankenversicherung dient, und daher der Richtsatz auf die Bruttopension zu beziehen ist. In Analogie zur Krankenversicherung wäre für eine Pflegeversicherung gleich zu argumentieren: Ein Fallen der Netto-Pension unter den Richtsatz aufgrund von Pflegeversicherungs-Beiträgen sollte demnach keine Ausgleichszulage auslösen. Dennoch wird der Richtsatz häufig als eine Art von Mindestpension interpretiert. Daher ist politisch zu entscheiden, ob eine derartige Reduktion der Netto-Pensionen sozialpolitisch gewünscht und vertretbar ist, oder ob ein steuerlicher Ausgleich oder eine Einschleifregelung während der Einführungsphase diese Senkung abmildern soll.

In dieser Entscheidung sind weitere Faktoren zu berücksichtigen:

Erstens stieg der Pflegebedarf in den letzten Jahren stärker als noch vor einigen Jahrzehnten gedacht. Außerdem hat sich das Zahlenverhältnis zwischen Erwerbstätigen (also Beitragszahlenden) und Personen im Ruhestand sukzessive verringert: Kamen Anfang der 1960er Jahre noch rund 350 Pensionsbezüge auf 1000 Pensionsversicherte, so stieg diese Zahl bis zur Mitte der 1990er Jahre auf rund 615 Pensionsbezüge je 1000 Pensionsversicherte, und pendelt seither um diesen Wert (HV 2015). Daher mussten die jetzigen Pensionistinnen und Pensionisten in ihrer aktiven Zeit vergleichsweise weniger beitragen, um die damaligen Pflegebedürftigen zu erhalten.

Zweitens werden Pensionsreformen in Österreich recht zögerlich durchgeführt, was diejenigen Personen besser stellt, die bereits in den Ruhestand übergetreten sind. Die derzeit Erwerbstätigen werden mit deutlich weniger großzügigen Pensionsregelungen bezüglich Ersatzraten und Eintrittsalter rechnen müssen. Eine Einschleifregelung, die den Pflegesicherungsbeitrag auf Pensionen weiter in die Zukunft verschiebt, belastet daher umso mehr diejenigen Personen, denen die hier genannten Vorteile nicht oder in nur geringem Maße zugutekamen.

⁸ Im Dezember 2014 bezogen insgesamt 73.010 Männer und 151.199 Frauen eine Ausgleichszulage (HV 2015). Im Jahr 2015 belief sich der Richtsatz auf 872,31 Euro für Alleinstehende und 1.307,89 Euro für Paare in gemeinsamem Haushalt.

3.5. Pflegefonds

Die Sicherung der Finanzierung der Langzeitpflege hat in der öffentlichen Diskussion weniger Aufmerksamkeit auf sich gezogen als etwa die Themen Gesundheit und Pensionen. Die Absicherung dieses Risikos als staatliche Aufgabe ist vergleichsweise jünger als bei den beiden genannten Risiken, und zwar in vielen Ländern. Da die Steuermittel zur Abdeckung des Finanzbedarfes zur Erbringung vielfältiger staatlicher Aufgaben dienen, muss sich die Finanzierung der Pflege über Steuermittel daher einer starken Konkurrenz stellen, nicht nur in Zusammenhang mit den Themen Gesundheit und Pensionen. Zweckbindung von Steuermitteln ist aber zumeist unerwünscht (Non-Affektationsprinzip), sämtliche Steuereinnahmen sollen ohne Zweckbindung zur Deckung aller öffentlichen Ausgaben herangezogen werden, wovon die Sicherstellung von Pflegeleistungen nur eine von vielen Aufgaben darstellt. Es finden sich aber einige internationale Beispiele dafür, dass zweckgebundene Steuern zur Finanzierung von Sozialausgaben herangezogen werden (Frankreich: allgemeine Sozialausgaben, Schweden und Belgien: Gesundheitsausgaben, vgl. Guger et al. 2008).

Eine Zweckbindung von Mitteln kann durch eine Fonds-Lösung erreicht werden. Fonds-Lösungen erleichtern die Zusammenführung von Mitteln aus unterschiedlichen Quellen unter Ermöglichung von Transparenz über das Gesamtaufkommen. Sie können im Prinzip sowohl im Umlage- als auch im Kapitaldeckungsverfahren angelegt werden, in Österreich üblich ist aber das Umlageverfahren (z.B. FLAF). Wenn das Kapitaldeckungsverfahren eingesetzt wird, ließe sich die doppelte Belastung der ersten Generation vermeiden, wenn bereits von Beginn an ein (größerer) Kapitalstock eingebracht würde, aus dessen Erträgen dann die laufenden Zahlungen getätigt werden.

Der 2011 in Österreich eingeführte Pflegefonds dient einer befristeten Zweckbindung öffentlicher Mittel, bezieht sich aber nicht auf die gesamten öffentlichen Ausgaben für Pflege sondern auf die Abdeckung der Ausgabensteigerung.

Ähnlich bezieht sich auch der aktuell in Deutschland eingeführte Pflegevorsorgefonds nur auf einen Teilaspekt der Pflegeausgaben, allerdings mit anderer Ausrichtung. Er hat den Charakter einer demographischen Reserve, Zweck ist die Entlastung der nächsten Generation. Die Einführung des Fonds soll mögliche Beitragssteigerungen in den Jahren abfedern, in denen die geburtenstarken Jahrgänge ins „Pflegealter“ kommen. Der Pflegevorsorgefonds hat die Form eines Sondervermögens, den die Bundesbank verwaltet. In diesen Fonds werden pro Jahr die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten (derzeit rd. 1,2 Mrd. Euro) eingezahlt. Ab 2035 kann dann jährlich über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren jeweils bis zu einem Zwanzigstel des angesammelten Kapitals an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung abgeführt werden, um Beitragssatzsteigerungen

abzufedern.⁹ In der deutschen Diskussion wird kritisch angemerkt, dass dieses Ausmaß jedoch nicht ausreicht um eine nennenswerte Beitragssatzstabilisierung zu erreichen, und zudem auf die Ausschüttung während eines zu kurzen Zeitraumes abstellt, da der Rückgang auf Seiten der Beitragszahlenden nicht ausreichend berücksichtigt sei (Rothgang 2014).

Die Zusammenführung öffentlicher Mittel für Pflege in einem Fonds hätte verschiedene Vor- und Nachteile:

Ein Vorteil eines Pflegefonds wäre die damit verbundene Zweckbindung der Mittel, und somit die Bereitstellung definierter Finanzmittel für den spezifischen Zweck der Pflegevorsorge. Die Literatur geht davon aus, dass der Steuerwiderstand bei zweckgebundenen Abgaben wie Sozialversicherungsbeiträgen niedriger ist als bei Steuern, die aus Sicht der Steuerzahlenden für unspezifische Zwecke eingehoben werden. Aus diesem Grund ließe sich schließen, dass der Steuerwiderstand bei Zweckbindung bzw. Zuführung definierter Mittel zu einem Pflegefonds geringer sein dürfte als bei Einhebung von Steuern ohne Zweckbindung. Dieses Argument ist jedoch nur so lange haltbar, wie die Steuersubjekte diese Zweckbindung kennen. Wenn beispielsweise die Einkommenssteuer in einem definierten Umfang angehoben würde, um diese Mittel dann einem Pflegefonds zuzuführen, ist in der Anfangsphase ein geringer Steuerwiderstand denkbar. Es ist jedoch zu vermuten dass dieser Effekt mit zeitlichem Abstand zur Einführung verblasst, zumal in diesem Fall die Finanzierung der Pflege aus individueller Sicht keine selektiv adressierbare Steuerkomponente darstellt.

Einen weiteren Vorteil aus der Einführung eines umfassenden Pflegefonds stellt die erhöhte Transparenz über die gesamten Ausgaben dar, die aus verschiedenen Quellen zur Finanzierung der Pflege aufgebracht werden.

Ein Nachteil aus der Zweckbindung von Finanzmitteln kann sein, dass die im Voraus definierte Ausgabenhöhe gemessen an schwer zu ermittelnden „wahren Bedarf“ zu einer Unter- oder Überfinanzierung führt. Diese wiederum kann bewirken, dass die angebotene Leistungsmenge oder das Leistungsspektrums an die zur Verfügung stehenden Mittel angepasst werden. Diese Tendenz wohnt jedoch nicht allein einem Pflegefonds inne, die Problematik ist vielmehr vergleichbar bei vorhandenen Budgets in Sozialversicherungen.

In der spezifischen österreichischen Situation ist durch die Kompetenzregelung nicht auszuschließen, dass bei Aufstocken einer Fondslösung zur Finanzierung der gesamten Pflegeausgaben neun Landesfonds eingerichtet werden würden, analog den Gesundheitsfonds. Die Errichtung von neun Fonds mit dazu gehörigen neun Mittelallokationsregelungen würde vermutlich dazu führen, dass Transparenz und horizontale (regionale) Gerechtigkeit leiden.

⁹ <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>

Wie eine Fonds-Lösung makroökonomisch und verteilungspolitisch zu bewerten ist, hängt von mehreren Faktoren ab: Konkret wie wird der Fonds beschickt? Sollen die gesamten öffentlichen Pflegeausgaben abgedeckt werden, so kann allein aufgrund der Höhe des Betrages nur eine kleine Auswahl von bestehenden Steuern herangezogen werden, wenn auf die Zweckbindung einer bestimmten Steuer (bzw. eines definierten Teils davon) abgestellt wird: 4 Mrd. Euro entsprechen beispielsweise fast den gesamten Einnahmen aus der Mineralölsteuer, oder einem Sechstel der Lohnsteuer. Wird der Fonds ohne spezifische Bindung aus dem allgemeinen Steueraufkommen beschickt, entspricht die Wirkung schlussendlich der Finanzierung im Status Quo.

Weiters ist zu berücksichtigen, wie der Fonds ausgestaltet ist, einschließlich der Frage nach Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren. Außerdem wäre im Falle eines kapitalgedeckten Pflegefonds wünschenswert, dass ein größerer Kapitalstock als Grundstock eingebracht werden könnte; die Realisierbarkeit eines solchen erscheint in Österreich derzeit recht schwierig.

3.6. Modellauswahl

Für die Berechnungen in den folgenden Kapiteln werden die Effekte ausgewählter Finanzierungsmodelle der Finanzierung im Status Quo gegenübergestellt. Auf Wunsch des Auftraggebers wurden das Modell des verpflichtenden Pflegebeitrags auf Pensionseinkommen sowie das Privatversicherungsmodell ausgewählt.

Um die Effekte des Pflegebeitrags auf Pensionseinkommen besser darstellen und argumentieren zu können, wurden ergänzend einige Berechnungen über einen Pflegeversicherungsbeitrag analog zur sozialen Krankenversicherung, d.h. eingehoben sowohl auf Arbeitseinkommen und davon abgeleitete Einkommen als auch auf Pensionseinkommen, durchgeführt.

Die Berechnungen zielen darauf ab, ein Volumen von 4 Mrd. Euro zu finanzieren, was der gesamten öffentlichen Finanzierung für Langzeitpflege im Jahr 2013 entspricht. Die Anhangstabellen zu Kapitel 4 liefern ergänzend Berechnungen über eine Finanzierung in der Größenordnung des Aufwandes für Pflegegeld (2,4 Mrd. Euro), für Sachleistungen im Rahmen der Langzeitpflege (1,6 Mrd. Euro) und in Höhe der Dotierung des Pflegefonds (200 Mio. Euro).

Für jedes dieser Finanzierungsvolumina (2,4 Mrd Euro, 1,6 Mrd Euro) kann im österreichischen Kontext eine Versicherungslösung begründet werden, wenn von einer Steuer- auf eine Versicherungsfinanzierung umgestellt werden soll: Die österreichische Sozialversicherung ist bereits im Kontext von Pensionen und Arbeitslosigkeit für die Beitragseinhebung, Verwaltung und Leistungsauszahlung von Geldleistungen zuständig.

Insofern ließe sich die Versicherungszuständigkeit auch für das Pflegegeld argumentieren, das zudem bereits heute über die pensionsauszahlenden Stellen der Sozialversicherung administriert wird. Die Zuständigkeit für Sachleistungen ließe sich in Analogie zum Gesundheitswesen argumentieren. Allerdings sind die Länder unterschiedlich intensiv in die Erbringung der Pflege-Sachleistungen involviert; somit wäre eine Übertragung der Finanzierung an eine Sparte der Sozialversicherung verwaltungstechnisch weniger geradlinig.

Die berechneten Finanzierungsoptionen stellen auf die Modellierung einer Umstellung in der Pflegefinanzierung ab, nicht auf die Finanzierung einer neuen Aufgabe. Dementsprechend führt die Modellierung eines Pflegebeitrages, der die bisherige Pflegefinanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen ersetzt, im Prinzip zum Freiwerden der entsprechenden Steuermittel, was die Möglichkeit eröffnet, im Gegenzug zur Einführung des Pflegebeitrags Steuern zu senken. Daher berücksichtigen die berechneten Effekte auch eine solche Steuersenkung.

4. Verteilungseffekte ausgewählter Finanzierungsoptionen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Verteilungseffekte von drei verschiedenen Pflegefinanzierungsmodellen¹⁰ untersucht. Im ersten Modell wird eine Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen modelliert, wodurch der Krankenversicherungsbeitrag entsprechend der gewünschten Zielgrößen angehoben wird. Die Höhe der Pflegeversicherung wurde in vier separaten Szenarien derart gestaltet, dass ein Steueraufkommen von rund 4 Mrd. (Hauptszenario), 2,4 Mrd. (Szenario 2), 1,6 Mrd. (Szenario 3) und 200 Mio. Euro (Szenario 4) erzielt werden kann.¹¹ Im zweiten Modell wird anknüpfend an das erste Modell eine mögliche Reallokation der Besteuerung von Erwerbseinkommen entsprechend der frei werdenden Steuermittel aufgrund der zuvor eingehobenen Pflegeversicherung simuliert. Im dritten Modell wird von allen Pensions- und Erwerbseinkommen eine Pflegeversicherung eingehoben.

Die Berechnungen der Verteilungswirkungen werden mithilfe des IHS-Mikrosimulationsmodell ITABENA, in dem das österreichische Steuer- und Transfersystem abgebildet ist, umgesetzt. Die Datenbasis dafür ist der EU-SILC 2013 der Statistik Austria mit Einkommensdaten aus dem Jahr 2012 (vgl. Statistik Austria 2013).¹² Für die vorliegende Auswertung für das Jahr 2015 wurden die dem Modell zugrunde liegenden monetären Daten mit der (prognostizierten) Entwicklung der ArbeitnehmerInnenentgelte (IHS 2015) aufgewertet und die Bestimmungen zu Steuern und Transferleistungen an den Rechtsstand im Jahr 2015 angepasst.

Mit Hilfe des IHS-Modells ITABENA werden die drei zuvor skizzierten Reformen (inkl. der drei Nebenszenarien) für das Jahr 2015 simuliert. Im ersten Schritt wird abgeschätzt, wie hoch die Pflegeversicherung angesetzt werden müsste, um das gewünschte Volumen einheben zu können. Im zweiten Schritt wird simuliert, in welchem Ausmaß die Reformen auf die individuellen Einkommen sowie auf das verfügbare Haushaltseinkommen wirken und welche Verteilungseffekte sich zwischen den Einkommensdezilen ergeben würden.

4.1. Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen

Im ersten Modell wird als Reform eine Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen angenommen. Die Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen wird analog zur Krankenversicherung auf Pensionseinkommen modelliert, auch für die Einkommensteuerberechnung wird die Pflegeversicherung wie die Krankenversicherung

¹⁰ Die Auswahl der untersuchten Modelle zur Pflegefinanzierung erfolgte vonseiten des Auftraggebers.

¹¹ Zur Wahl der Aufkommensgrößen siehe Abschnitte 3.6 bzw. 2.1

¹² Im EU-SILC 2013 ("Community Statistics on Income and Living Conditions") werden 5.977 Haushalte (mit insgesamt 10.911 Personen) befragt. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Österreichs sind das 3.701.324 Haushalte und 8.367.098 Personen.

behandelt.¹³ Damit im Hauptszenario ein Volumen von rund 4 Mrd. Euro erzielt werden kann, muss die Krankversicherung um 12,3 Prozentpunkte angehoben werden. In Szenario 2 beträgt die Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen 7,4 Prozent (Zielwert: rund 2,4 Mrd. Euro), in Szenario 3 4,9 Prozent (Zielwert: rund 1,6 Mrd. Euro) und in Szenario 4 0,65 Prozent (Zielwert: rund 200 Mio. Euro). Die genauen Werte der Szenarien 2 bis 4 finden sich im Anhang und stellen im Prinzip abgestufte Varianten des Hauptszenarios dar (vgl. Tabelle 11 bis Tabelle 13).

Zunächst wird die individuelle Belastung einer Pflegeversicherung im Ausmaß von 12,3 Prozentpunkten auf Pensionseinkommen¹⁴ simuliert. Dabei wird nur das Pensionseinkommen berücksichtigt. Alle weiteren individuellen Einkommen, Steuerbe- oder Entlastungen aufgrund des Haushaltszusammenhanges sowie monetäre Transferleistungen bleiben unberücksichtigt. Anhand der Netto-Pensionseinkommen vor der Reform respektive der Pflegeversicherung wurden alle Personen mit individuellen Eigenpensionen gereiht und dementsprechende Pensionseinkommens-Dezile erstellt (vgl. Tabelle 3).

Insgesamt haben demnach rund 2 Mio. Personen ein Netto-Pensionseinkommen in der Höhe von durchschnittlich 21.840 Euro im Jahr 2015. Mit der Einhebung einer Pflegeversicherung (von 12,3 Prozent) wird die durchschnittliche Netto-Pension um 1.863 Euro reduziert (bzw. um minus 8,5 Prozent). Betrachtet man die relative Belastung durch die Reform in den einzelnen Dezilen nach dem individuellen Netto-Pensionseinkommen, findet sich die höchste Belastung mit durchschnittlich minus 12,9 Prozent im 3. Dezil und die geringste mit minus 8,6 Prozent im 7. Dezil. Im ersten Dezil sind die Pensionseinkommen so niedrig, dass keine Einkommensteuer abgeführt wird. Deshalb würde die Einführung der Pflegeversicherung von 12,3 Prozent zu exakt dieser Reduktion der Brutto-Pensionseinkommen führen und bezogen auf das Netto-Pensionseinkommen mit minus 12,7 Prozent sogar darüber liegen. Ab dem 5. Dezil sind die Pensionseinkommen so hoch, dass die jeweiligen Einkommensteuersätze angewandt werden und folglich würde mit der Einführung der Pflegeversicherung (analog zur Krankenversicherung) die Bemessungsgrundlage für die Einkommenssteuer gesenkt werden. Den zusätzlichen Abgaben durch die Pflegeversicherung stehen nun niedrigere Einkommensteuerabgaben gegenüber. Deshalb wäre die relative Reduktion der Pensionseinkommen aufgrund der Reform mit steigendem Einkommen geringer.

¹³ Der einzige Unterschied zur Krankenversicherung auf Pensionseinkommen ist, dass die Pflegeversicherung nur auf DienstnehmerInnen angewandt wird. Bei der Krankenversicherung auf Pensionen existiert auch ein fiktiver DienstgeberInnen-Beitrag, der von der Pensionsversicherung getragen wird. Es wurde bei der Pflegeversicherung auf die Modellierung eines solchen fiktiven DienstgeberInnen-Beitrags verzichtet, da aktive Erwerbstätige sonst höher belastet werden müssten, um die zusätzlichen Ausgaben der Pensionsversicherung zu decken.

¹⁴ Folgende Leistungen werden als Pensionseinkommen bezeichnet (folgend aus den Definition des SILC-Datensatzes): Altersleistungen aus Eigenpension (Alterspension aufgrund eigener Erwerbstätigkeit, vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer, Ruhegenuss von BeamtInnen, Firmenpension und sonstige Pensionsleistung), Hinterbliebenenpension, Erwerbsunfähigkeitspension, Invaliditätsleistungen (Invaliditätspension, vorzeitige Alterspension wegen Erwerbsunfähigkeit, Pflegegeld von Männern unter 65 Jahren und Frauen unter 60 Jahren), siehe Statistik Austria (2013).

Tabelle 3: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Hauptszenario:
Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen	Netto-Pensionseinkommen ²		Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ³		Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt	Veränderung durch Reform	Durchschnitt	Veränderung durch Reform	absolut	in %
	absolut	in Euro	absolut	in %	absolut	in %	
1	204.200	3.111	-396	-12,74	21.005	-895	-4,26
2	204.220	8.038	-1.035	-12,88	21.767	-1.560	-7,17
3	203.429	11.355	-1.468	-12,93	19.753	-1.498	-7,58
4	204.067	13.491	-1.719	-12,75	22.363	-1.734	-7,75
5	204.332	16.116	-1.545	-9,59	23.485	-1.572	-6,69
6	203.506	18.530	-1.653	-8,92	23.808	-1.873	-7,87
7	203.527	21.309	-1.836	-8,62	26.576	-1.973	-7,42
8	203.790	24.448	-2.221	-9,09	28.225	-2.345	-8,31
9	204.012	28.498	-2.651	-9,30	31.815	-2.753	-8,65
10	203.523	41.888	-4.110	-9,81	41.585	-3.971	-9,55
Gesamt	2.038.606	21.840	-1.863	-8,53	26.035	-2.017	-7,75
						4.026.739.270	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des individuellen Netto-Pensionseinkommen im Jahr 2015.

² Simulation der individuellen Netto-Pensionseinkommen ohne Berücksichtigung weiterer Einkommen und des Haushaltszusammenhangs.

³ Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen (alle Einkommen und monetäre Transferleistungen) wurde äquivalisiert und auf alle Haushaltsmitglieder aufgeteilt.

Im nächsten Schritt werden bei der Simulation einer Pflegeversicherung von allen Personen mit Pensionseinkommen unter Berücksichtigung aller weiteren Einkommen und des Haushaltszusammenhangs das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen¹⁵ berechnet. Im Unterschied zur vorherigen individuellen Einkommensbetrachtung, die ausschließlich auf das von der Reform belastete Pensionseinkommen fokussierte, wird nun das verfügbare Einkommen dieser Personengruppe in den Blick genommen. Diese Simulation ist auch die Grundlage für die Modellierung der jeweiligen Niveaus der Pflegeversicherung.

Folglich beträgt das verfügbare Einkommen dieser PensionsbezieherInnen im Jahresschnitt 26.035 Euro und wird aufgrund der Pflegeversicherung (12,3 Prozent) um 2.017 Euro oder anders ausgedrückt um 7,8 Prozent reduziert. Aufgrund der Umverteilung innerhalb des Haushalts, möglicher weiterer Einkommensquellen wie Erwerbseinkommen oder monetärer Transferleistungen, liegt das individuelle verfügbare Einkommen – mit Ausnahme des 10. Dezils – durchwegs über dem Netto-Pensionseinkommen. Die relative Belastung der Reform ist nun in den unteren Dezilen geringer und steigt in den höheren Dezilen an. Ausnahmen bilden das 5. und 7. Dezil. Tendenziell ist somit die relative Belastung des Einkommensrückganges durch die Pflegeversicherung größer, je höher das Pensionseinkommen ist, da niedrigere Pensionseinkommen öfter durch andere Einkommen oder Transfers (auch innerhalb des Haushaltes) substituiert werden.

In den letzten zwei Spalten von Tabelle 3 ist die Verteilung des gesamten Aufkommens durch die Pflegeversicherung in den einzelnen Dezilen der PensionsbezieherInnen ausgewiesen. Entsprechend der Verteilung der Höhe der Pensionseinkommen trägt das 10. Dezil 23,1 Prozent und das erste 1,8 Prozent zum Gesamtvolumen bei.

Nachdem eine Pflegeversicherung sich auf alle Haushaltsmitglieder von PensionsbezieherInnen auswirken kann, wurden alle Haushalte, in denen mindestens eine Person mit Pensionseinkommen lebt, anhand des verfügbaren Pro-Kopf-Haushaltseinkommens gereiht und die Auswirkungen der Reform dargestellt (vgl. Tabelle 4 und Tabelle 5). Insgesamt gibt es knapp 1,6 Mio. Haushalte mit BezieherInnen von Pensionseinkommen, in denen rund 3 Mio. Personen leben. In der Hälfte der Haushalte lebt nur eine Person und somit PensionistInnen. In den untersten Einkommensdezilen finden sich mit 63 Prozent deutlich häufiger Personen in Single-Haushalten als in den obersten Einkommensdezilen (unter 40 Prozent). Die durchschnittliche Anzahl an Personen in den Haushalten ist in den ersten drei Einkommensdezilen am niedrigsten, in den restlichen Dezilen wohnen durchschnittlich rund zwei Personen pro Haushalt. Auch die durchschnittliche Anzahl an Personen mit Pensionseinkommen im Haushalt ist in den ersten

¹⁵ Bei der Berechnung des verfügbaren Pro-Kopf-Haushaltseinkommens werden alle Einkommen und monetären Transferleistungen berücksichtigt und auf die Anzahl der Personen im Haushalt aufgeteilt. Zuvor wird das Haushaltseinkommen anhand der OECD-Skala wie folgt äquivalisiert bzw. gewichtet: Die erste über 14-jährige Person im Haushalt mit 1, jede weitere über 14-jährige Person mit 0,5 und jede unter 15-jährige Person mit 0,3.

drei Dezilen mit 1,1 bis 1,2 am niedrigsten und beträgt in den restlichen Dezilen ungefähr 1,3 bis 1,4 (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Haushalte mit Pensionseinkommen

Dezil ¹	Haushalte (HH) mit Pensionseinkommen				
	Haushalte	Personen	Anteil Ein-Personen-Haushalte	Durchschnitt Personen mit Pension im HH	Durchschnitt Personen im HH
1	193.904	301.289	63%	1,13	1,55
2	169.001	300.111	63%	1,12	1,78
3	182.340	300.707	57%	1,19	1,65
4	150.286	300.399	50%	1,30	2,00
5	154.230	303.187	55%	1,28	1,97
6	144.232	297.638	42%	1,37	2,06
7	142.733	300.382	47%	1,45	2,10
8	153.527	302.432	43%	1,35	1,97
9	157.391	298.552	38%	1,39	1,90
10	142.531	300.469	36%	1,34	2,11
Gesamt	1.590.175	3.005.166	50%	1,28	1,89

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des Pro-Kopf-Haushaltseinkommens im Jahr, nur Personen aus Haushalten mit Pensionseinkommen.

Tabelle 5 zeigt die Effekte einer Pflegeversicherung von 12,3 Prozent¹⁶ in den einzelnen Dezilen der Haushalte mit mindestens einer Person, die ein Pensionseinkommen bezieht. Das durchschnittliche verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen beträgt 26.122 Euro im Jahr und wird durch die Reform um 1.681 Euro bzw. um 6,4 Prozent reduziert.

Der Anteil am Steueraufkommen gereiht nach dem verfügbaren Pro-Kopf-Haushaltseinkommen ist in den einzelnen Dezilen weniger extrem verteilt als bei der Reihung nach dem individuellen Pensionseinkommen, da im ersten Fall auch Personen mit hohem Pensionseinkommen in den unteren Dezilen zu finden sein können und umgekehrt. Die relative Belastung aufgrund der Pflegeversicherung ist dennoch in den unteren Dezilen am höchsten und nimmt fast durchgehend ab, je höher das verfügbare Einkommen im jeweiligen Dezil ist. Den größten relativen Einkommensverlust hat das erste Einkommens-Dezil mit 9,6 Prozent (bzw. minus 999 Euro), der Einkommensrückgang in den Dezilen 4 bis 9 beträgt rund 6,5 Prozent und im 10. Dezil minus 5,1 Prozent. Selbstverständlich ist das gesamte Steueraufkommen, das mit der Pflegeversicherung erreicht werden kann, im

¹⁶ Hier gilt wieder: Die Ergebnisse für die restlichen drei Aufkommensgrößen können den Tabelle 14 bis Tabelle 16 im Anhang analog dazu entnommen werden.

obersten Dezil am höchsten, weshalb 16,2 Prozent des Aufkommens aus diesen Haushalten stammen.

Tabelle 5: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ²			Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform		in Euro	in %
		in Euro	in Euro	in %		
1	301.289	10.419	-999	-9,59	257.997.639	6,41
2	300.111	15.115	-1.140	-7,54	280.956.710	6,98
3	300.707	18.126	-1.425	-7,86	355.655.144	8,83
4	300.399	20.487	-1.362	-6,65	322.149.332	8,00
5	303.187	22.673	-1.485	-6,55	358.223.270	8,90
6	297.638	24.922	-1.534	-6,16	362.708.642	9,01
7	300.382	27.528	-1.787	-6,49	409.458.537	10,17
8	302.432	31.039	-1.938	-6,24	466.498.420	11,59
9	298.552	36.613	-2.381	-6,50	562.934.063	13,98
10	300.469	54.386	-2.767	-5,09	650.157.514	16,15
Gesamt	3.005.166	26.122	-1.681	-6,44	4.026.739.271	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des verfügbaren äquivalisierten Pro-Kopf-Haushaltseinkommen.

² Das verfügbare äquivalisierte Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert Erwerbseinkommen und Transferleistungen.

4.2. Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen und Steuerreduktion von Erwerbseinkommen

Mit der Einführung einer Pflegeversicherung würden Maßnahmen, die zuvor aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wurden, künftig aus den zweckgebundenen Einnahmen dieser Versicherung finanziert werden können. Durch diese Mehreinnahmen würden die zuvor eingesetzten Steuermittel frei werden und könnten umgeschichtet werden. Prinzipiell können diese freiwerdenden Mittel für andere Aufwendungen eingesetzt werden oder bestehende Steuern und Abgaben gesenkt werden. In der vorliegenden Studie wird eine Senkung der Einkommensteuer als eine mögliche Umschichtung auf Wunsch des Auftraggebers modelliert.¹⁷ Im Zuge dieses Modells wird auf Basis der frei werdenden Steuermittel von rund 4 Mrd. Euro die untere Grenze des steuerbefreiten Einkommens von derzeit 11.000 Euro auf 13.500 Euro angehoben.

¹⁷ Wie die frei werdenden Steuermittel eingesetzt werden, ist schlussendlich eine politische Entscheidung, weshalb die vorliegende Kalkulation als Beispiel verstanden werden soll und nicht als Bedingung bzw. Folge einer Pflegeversicherung.

Tabelle 6: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen und Steuerreduktion von Erwerbseinkommen, Personen mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Netto-Einkommen ²		Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ³		Verteilung der Gesamt- belastung in Euro		
		Veränderung durch Reform		Veränderung durch Reform				
		Durchschnitt	in Euro	Durchschnitt	in Euro			
1	625.606	1.956	-33	-1,66	20.889	217	1,04	20.335.487
2	623.973	6.954	-153	-2,19	21.716	-109	-0,50	95.222.259
3	624.482	11.511	-472	-4,10	21.632	-370	-1,71	294.479.466
4	624.248	15.078	-26	-0,17	23.221	-63	-0,27	16.180.060
5	625.333	17.962	206	1,15	24.070	112	0,47	-128.882.615
6	623.932	21.076	202	0,96	25.873	132	0,51	-126.042.710
7	624.923	24.551	116	0,47	27.733	61	0,22	-72.565.448
8	624.610	28.360	92	0,32	29.794	17	0,06	-57.488.082
9	624.212	34.338	58	0,17	33.698	50	0,15	-36.381.156
10	624.299	57.799	-36	-0,06	48.328	-27	-0,06	22.235.832
Gesamt	6.245.618	21.955	-4	-0,02	27.694	2	0,01	27.093.093

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des Netto-Einkommens aus Pensionen, unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit.

² Netto-Einkommen aus Pensionen, unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit.

³ Das verfügbare äquivalisierte Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert Erwerbseinkommen und Transferleistungen.

Weiters wird der Maximalbetrag der Negativsteuer von 110 Euro auf 1.000 Euro angehoben und die Absetzrate der Negativsteuer von derzeit 10 Prozent auf 30 Prozent. Die Anhebung der Negativsteuer wurde in die Modellierung aufgenommen, um auch niedrige Einkommen zu entlasten.

Insgesamt sind rund 6,2 Mio. Personen, die Pensions- und/oder Erwerbseinkommen haben, von den beiden Reformen direkt betroffen (vgl. Tabelle 6). Simuliert man die Steuerbelastung dieser Personen ohne Berücksichtigung des Haushaltszusammenhangs und weiterer Einkünfte, dann ergibt sich ein durchschnittliches Einkommen von 21.955 Euro im Jahr. Nach der Belastung durch die Pflegeversicherung sowie der Steuerentlastung auf Erwerbseinkommen ergibt sich eine Reduktion des Durchschnittseinkommens um 4 Euro bzw. um minus 0,02 Prozent.¹⁸ Gereiht nach dem individuellen Netto-Einkommen verlieren jene in den Dezilen 1 bis 3 und im 10. Dezil. Eine positive Bilanz zeigt sich für jene Personen mit Pensions- und Erwerbseinkommen in den Dezilen 4 bis 9.

Tabelle 7: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen und Steuerreduktion von Erwerbseinkommen, Haushalte mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 12,3 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Anzahl Haushalte absolut	Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ²			Verteilung der Gesamt- belastung in Euro
			Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform in Euro in %		
1	822.248	421.272	10.348	-182	-1,76	158.179.366
2	821.212	354.818	15.210	-56	-0,37	84.592.338
3	821.952	362.732	17.912	77	0,43	3.610.959
4	823.299	336.689	20.328	139	0,68	-34.310.492
5	819.869	340.294	22.519	147	0,65	-34.439.678
6	821.790	347.794	24.898	114	0,46	-17.579.996
7	821.414	354.623	27.847	176	0,63	-61.137.045
8	822.757	356.433	31.327	238	0,76	-88.835.738
9	821.928	374.099	36.893	111	0,30	-11.101.118
10	820.294	375.390	55.907	32	0,06	28.114.497
Gesamt	8.216.763	3.624.144	26.314	79	0,30	27.093.093

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des verfügbaren äquivalisierten Pro-Kopf-Haushaltseinkommen im Jahr, nur Personen aus Haushalten mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen.

² Das verfügbare äquivalisierte Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert Erwerbseinkommen und Transferleistungen.

¹⁸ Die Veränderungen der Einkommen müssten bei einer genauen eins-zu-eins Entlastung durchschnittlich Null ergeben, es wurde aber auf eine genauere Kalibrierung der Sätze zu Gunsten der Übersichtlichkeit verzichtet.

Werden Haushaltszusammenhang und monetäre Transferleistungen miteinbezogen bei der Simulation der Steuerabgaben wie auch der Reformen, liegt das durchschnittliche verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen in allen Dezilen über dem individuellen Einkommen (ohne Transferleistungen). Auch hier ist das 3. Dezil am höchsten belastet, weil in diesem Dezil überdurchschnittlich viele PensionsbezieherInnen sind (15 Prozent der gesamten PensionsbezieherInnen). Insgesamt ist das durchschnittliche verfügbare Einkommen von 27.694 Euro nach den Reformen um 2 Euro oder 0,01 Prozent niedriger. Bemerkenswert ist, dass die Personen aus den Dezilen 1 bis 4 und aus dem 10. Dezil schlussendlich einen Beitrag zum Gesamtvolumen leisten und die Personen aus den Dezilen 5 bis 9 aufgrund der Reformen entlastet werden.

In Tabelle 7 finden sich die Effekte der beiden Reformen – Pflegeversicherung und Steuerreduktion der Erwerbseinkommen – in den einzelnen Dezilen aller Haushalte, in denen mindestens eine Person Pensions- und/oder Erwerbseinkommen bezieht. Das sind rund 3,6 Mio. Haushalte (rund 8,2 Mio. Personen), die ein durchschnittliches Pro-Kopf-Haushaltseinkommen von 26.314 Euro zur Verfügung haben. Durch die Reformen steigt das verfügbare Einkommen in den Dezilen 3 bis 10 leicht an und wird in den ersten beiden Dezilen reduziert.

4.3. Pflegeversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen

Im dritten Modell wird eine Pflegeversicherung sowohl auf Pensions- als auch auf Erwerbseinkommen angenommen. Um ein Volumen von rund 4 Mrd. Euro entsprechend des Hauptszenarios zu erzielen, wurde der Beitragssatz einheitlich mit 2,7 Prozent festgelegt. Die Pflegeversicherung auf selbständiges, unselbständiges und Pensionseinkommen wurde analog zur Krankenversicherung auf diese Einkommen modelliert, auch hinsichtlich der Einkommensteuerberechnung. Im Fall der unselbständigen Beschäftigung sind die Dienstgeber- und DienstnehmerInnenbeiträge jeweils um 1,35 Prozentpunkte angehoben worden, wodurch sich ein gesamter Versicherungsbeitrag im Ausmaß von 2,7 Prozent ergibt.

Tabelle 8 zeigt die Effekte der Reform auf alle Personen mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen. Insgesamt sind 6,2 Mio. Personen von der Reform betroffen und haben im Jahresdurchschnitt ein individuelles Einkommen von 21.554 Euro. Würde man eine solche Pflegeversicherung auf alle Pensions- und Erwerbseinkommen einführen, würden diese Personen im Durchschnitt 343 Euro weniger erhalten (minus 1,6 Prozent). Das erste Dezil hat mit 0,8 Prozent den niedrigsten Einkommensrückgang zu verzeichnen, da sich in diesem Dezil viele Personen mit Erwerbseinkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze befinden, die keine Pflegeversicherung (analog zur Krankenversicherung) auf Erwerbseinkommen abführen müssen. Den größten Einkommensrückgang verzeichnet mit 2,3 Prozent das dritte Dezil, da hier die meisten Personen zu finden sind, die über der Geringfügigkeitsgrenze verdienen, aber keine bzw. wenig Einkommensteuer abführen

Tabelle 8: Pensionsversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen, Personen mit Pensions-und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 2,7 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Netto-Einkommen ²		Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ³		Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt	Veränderung durch Reform	Durchschnitt	Veränderung durch Reform	in Euro	in %
		in Euro	in Euro	in Euro	in %		
1	625.023	1.863	-15	21.055	-217	11.139.595	0,28
2	624.696	6.877	-120	21.681	-286	108.470.570	2,71
3	624.762	11.392	-264	21.901	-353	236.695.637	5,92
4	623.798	14.906	-266	23.218	-355	274.140.954	6,85
5	625.637	17.760	-291	24.232	-363	328.108.138	8,20
6	623.990	20.805	-345	25.909	-394	395.432.916	9,88
7	624.943	24.188	-404	27.574	-424	474.144.369	11,85
8	624.138	27.946	-448	29.940	-451	565.313.936	14,13
9	624.386	33.665	-555	33.225	-513	703.721.686	17,59
10	624.245	56.181	-719	48.222	-625	903.853.197	22,59
Gesamt	6.245.618	21.554	-343	27.694	-398	4.001.020.998	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des Netto-Einkommens aus Pensionen, unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit.

² Netto-Einkommen aus Pensionen, unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit.

³ Das verfügbare äquivalisierte Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert Erwerbseinkommen und Transferleistungen.

Tabelle 9: Pensionsversicherung auf Pensions- und Erwerbseinkommen, Haushalte mit Pensions- und/oder Erwerbseinkommen – Hauptszenario: Finanzierungsbedarf 4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 2,7 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Anzahl Haushalte absolut	Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ²			Verteilung der Gesamtbelastung	
			Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform in Euro	in %	in Euro	in %
1	822.248	421.272	10.348	-146	-1,41	129.768.358	3,24
2	821.212	354.818	15.210	-196	-1,29	191.378.590	4,78
3	821.952	362.732	17.912	-236	-1,32	245.206.344	6,13
4	823.299	336.689	20.328	-278	-1,37	291.531.827	7,29
5	819.869	340.294	22.519	-316	-1,40	338.018.882	8,45
6	821.790	347.794	24.898	-362	-1,46	391.497.822	9,78
7	821.414	354.623	27.847	-418	-1,50	459.779.265	11,49
8	822.757	356.433	31.327	-447	-1,43	520.429.776	13,01
9	821.928	374.099	36.893	-544	-1,48	640.342.992	16,00
10	820.294	375.390	55.907	-675	-1,21	793.067.139	19,82
Gesamt	8.216.763	3.624.144	26.314	-362	-1,37	4.001.020.995	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des Netto-Einkommens aus Pensionen, unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit.

² Das verfügbare äquivalisierte Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert Erwerbseinkommen und Transferleistungen.

müssen. Im Unterschied zur ersten Modellvariante – Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen –, bei der 2 Mio. Personen im Durchschnitt ein um 1.863 Euro geringeres individuelles Einkommen erzielen können, ist die durchschnittliche Einkommensreduktion im dritten Modell mit einem Minus von 343 Euro pro Person deutlich geringer und wird zugleich auf etwa drei Mal so viele Personen verteilt.

Unter Berücksichtigung des Haushaltszusammenhangs (inkl. Transferleistungen) beträgt das verfügbare Einkommen dieser Personen 27.694 Euro und würde durch die Reform nun um 398 Euro oder 1,4 Prozent verringert werden. In den beiden untersten Dezilen ist die relative Reduktion am geringsten, da hier Transferleistungen einen größeren Anteil am Einkommen haben. Die relative Belastung im 10. Dezil liegt mit 1,3 Prozent jedoch auch auf demselben Niveau wie im 2. Dezil.

Die Verteilungswirkungen unter Einbeziehung aller Haushalte, in denen mindestens eine Person ein Pensions- und/oder Erwerbseinkommen hat, sind in Tabelle 9 abgebildet. Wie zuvor ergibt das 3,6 Mio. Haushalte in denen 8,2 Mio. Personen leben. Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen beträgt im Durchschnitt 26.314 Euro und würde nach der Reform um 362 oder 1,4 Prozent geringer ausfallen. Die relative Belastung des verfügbaren Einkommens in den jeweiligen Dezilen reicht von 1,2 Prozent bis 1,5 Prozent. Am geringsten wären die Haushaltsmitglieder im 10. Dezil mit 1,2 Prozent belastet und am stärksten jene im 7. Dezil mit 1,5 Prozent.

5. Gesamtwirtschaftliche Wirkungen ausgewählter Finanzierungsoptionen

Ziel dieses Kapitels ist die Bewertung der langfristigen Auswirkungen von drei verschiedenen Reformoptionen für die Pflegefinanzierung im Vergleich zu einem Szenario ohne Reformen. Analysiert werden die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, die öffentlichen Finanzen und die gesamtwirtschaftliche Entwicklung (Bruttoinlandsprodukt).

Mit steigender Lebenserwartung über die kommenden Jahrzehnte werden die Pflegekosten auch steigen (von 1.25 Prozent des BIP im Jahr 2013 auf 2.55 Prozent des BIP im Jahr 2065), so dass auch die Finanzierungsherausforderung im Laufe der Zeit steigt.

Die Finanzierungsoptionen in dieser Studie sind entweder Steuern, Sozialversicherungs-(SV) Beiträge, private Mittel oder eine Mischung dieser Instrumente. Jedes Instrument hat verschiedene Auswirkungen auf das Verhalten der Haushalte am Arbeitsmarkt, im Konsum und deswegen auf die gesamte Wirtschaft. Höhere Steuern oder SV-Beiträge haben Verteilungs- und Versicherungseffekte, bieten aber auch Anreize für reduziertes Engagement am Arbeitsmarkt. Private Mittel haben weniger oder sogar keine negativen Anreize am Arbeitsmarkt, erhöhen aber das Armutsrisiko. SV-Beiträge und verschiedene Steuern implizieren unterschiedliche Grade der Umverteilung zwischen hochqualifizierten und niedrigqualifizierten Haushalten, sowie zwischen älteren und jüngeren Haushalten.

In den folgenden Abschnitten präsentieren wir die Finanzierungsoptionen, gefolgt von Simulationsergebnissen für jede Option und Bemerkungen für die Politikentwicklung.

5.1. Finanzierungsoptionen

Die erste Finanzierungsoption enthält keine Reform, modelliert also die Finanzierung im Status Quo. Bis heute gibt es in Österreich kein explizites Finanzierungsinstrument für Pflegeausgaben, anders als etwa die SV-Beiträge für Gesundheitsausgaben. Die öffentlichen Pflegeausgaben werden aus dem Budget bestritten, das mit verschiedenen Steuern finanziert ist. Implizit werden deswegen Pflegeausgaben durch Steuern finanziert. Wir analysieren die langfristigen Auswirkungen dieses Finanzierungsmechanismus im **Status Quo (SQ) Szenario**. In diesem Szenario werden die öffentlichen Pflegeausgaben weiterhin aus dem staatlichen Budget bezahlt. Steigende Pflegeausgaben werden durch höhere Umsatzsteuer und Lohnsteuer finanziert (so dass die Beiträge von Umsatzsteuer und Lohnsteuer zum Staatseinkommen proportional unverändert bleiben). Lohnsteuersätze werden proportional (multiplikativ) erhöht, um den Beitrag des Steuersystems auf die Umverteilung konstant zu halten. Weil die Lohnsteuer progressiv gestaltet ist, zahlen Haushalte mit höheren Einkommen mehr für Pflegekosten als Haushalte mit niedrigen Einkommen. Die Pflegekosten in dem öffentlichen Pflegesystem sind aber von Einkommen

unabhängig. Daher bewirkt die Pflegefinanzierung im Status Quo eine implizite Umverteilung zwischen Einkommensgruppen.

Die zweite Finanzierungsoption modelliert eine grundsätzliche Reform der Pflegefinanzierung, kann aber nur teilweise in das Berechnungsmodell implementiert werden und ist daher als theoretisches Modell zu verstehen. Im **Szenario Verpflichtende Privatversicherung (VP)** sind alle Haushalte verpflichtet, aus ihren privaten Mitteln Versicherungsbeiträge an eine private Pflegeversicherung zu leisten. Diese Finanzierungsoption bringt zusätzliche Verwaltungskosten mit sich, ähnlich den Verwaltungskosten für private Krankenversicherungen (Abschnitt 3.2.2). In unseren Berechnungen nehmen wir an, dass die Verwaltungskosten ähnlich jenen der privaten Krankenversicherung im Deutschland sind, so dass die Verwaltungskosten für Pflege in diesem Szenario 6 Prozentpunkte höher sind als in anderen Szenarien. In europäischen Ländern kommen verpflichtende Privatversicherungen kaum ohne Hilfe des Staates für einkommensschwache Haushalte aus. Wir erwarten daher, dass eine VP Option für Pflege in Österreich auch in der Realität so eingeführt werden würde (wenn überhaupt), mit Staatshilfe für einkommensschwache Haushalte. Diese Staatshilfe würde negative Anreize für Erwerbsarbeit setzen, was die Attraktivität der VP-Finanzierung für Pflege reduziert. Unsere Modellberechnungen können solche Staatshilfe und ihre negativen Anzeizeffekte nicht berücksichtigen. Daher sind die Ergebnisse des VP Szenario zu optimistisch. Die Ergebnisse sind deswegen als theoretisches Benchmark zu verstehen, die nur Größenordnungen angeben, im Gegenteil zu den anderen Szenarien dieser Studie. Im VP Szenario sind Beiträge für die Finanzierung von Pflege nur von Pflegebedarfsrisiko abhängig. Weil die Beiträge unabhängig von Einkommen sind, bewirkt die Pflegefinanzierung im VP Szenario keine Umverteilung, im Gegenteil zum SQ Szenario.

Die dritte Finanzierungsoption enthält eine realistische Reform. Im **Szenario Pflegeversicherungsbeiträge auf Pensionseinkommen (BP)** zahlen Pensionistinnen und Pensionisten Beiträge, die an ihre Pensionseinkommen anknüpfen, in vergleichbarer Weise wie andere SV-Beiträge¹⁹. In unserer Analyse werden die Sätze für die aktuellen SV-Beiträge proportional (multiplikativ) erhöht, so dass die Umverteilung durch die Sozialversicherung unverändert bleibt. Weil SV-Beiträge nicht progressiv sind, ist der Umverteilungseffekt zwischen Einkommensgruppen gering. Die gesamte Umverteilung zwischen alten und jungen Bevölkerungsgruppen durch die Pflegefinanzierung wird aber in dieser Finanzierungsoption stark verändert.

Die vierte und letzte Finanzierungsoption enthält auch eine realistische Reform. Im **Szenario Pflegeversicherungsbeiträge von allen (BA)**, analog der bestehenden Krankenversicherung, zahlen Erwerbstätige, PensionistInnen und ArbeitgeberInnen Beiträge zur Finanzierung des öffentlichen Pflegesystems. Die aktuellen Beitragssätze der

¹⁹ Unternehmen und Staat leisten in dieser Option keinen direkten Beitrag zur Finanzierung.

Sozialversicherung werden proportional (multiplikativ) erhöht um das Pflegesystem durch SV-Beiträge zu finanzieren. Ähnlich wie im BP Szenario ist der Umverteilungseffekt zwischen Einkommensgruppen dieser Pflegefinanzierung gering, weil SV-Beiträge nicht progressiv sind. Im Gegensatz zum BP-Szenario verändern sich auch nicht die Umverteilungseffekte zwischen den Altersgruppen.

Für alle Pflegefinanzierungs-Optionen die wir bewerten, treffen wir eine Reihe zusätzlicher Annahmen:

- Pflegeleistungen sind die gleichen für alle Haushalte in allen Pflegefinanzierungs-Optionen, unabhängig von Vermögen, Einkommen oder Beiträgen.
- Die Entwicklung der zukünftigen Pflegeausgaben verläuft entsprechend der Ageing Working Group (2015) Prognose, nämlich +1.3 Prozentpunkt des BIP zwischen 2015 und 2065.
- Dementsprechend nutzen wir EuroPop2013 von Eurostat als Prognose für die Bevölkerungsalterung, welche ja auch als Basis für den Ageing Working Group (2015) Bericht gilt, um in unserer Analyse Konsistenz zwischen demographischer Entwicklung und Pflegekostensteigerung zu gewährleisten.
- Aus ähnlichen Gründen nutzen wir die Annahmen und Prognosen der Ageing Working Group (2015) für Veränderungen bei Produktivität, Pensionskosten und Gesundheitskosten und beziehen uns hierbei auf das AWG-Reference-Szenario.
- Damit die Bewertung von Auswirkungen der Pflegefinanzierungs-Szenarien nur von Faktoren der Pflegefinanzierung abhängig ist, treffen wir die Annahme, dass steigende Gesundheits- und Pensionsausgaben mit neutralen Finanzierungsinstrumenten bezahlt werden (Pauschalsteuer), die keine Auswirkung auf den Arbeitsmarkt haben.
- Aus dem gleichen Grund nehmen wir an, dass pro Kopf Staatschulden unverändert bleiben.
- Wenn Finanzierungsoptionen die Möglichkeit schaffen, Steuerbelastung zu vermindern, nehmen wir an, dass Lohnsteuern gesenkt werden. Wenn umgekehrt die Finanzierungsoptionen zu einem größeren Bedarf an Steuermitteln führen, werden entsprechend Lohnsteuern erhöht.
- Für die Szenarien VP, BP und BA, die Reformen enthalten, nehmen wir an, dass Reformen graduell über die nächsten 30 Jahre implementiert werden. In diesen Fällen muss nicht nur die Steigerung der Pflegekosten finanziert werden, sondern auch die aktuellen Pflegekosten. Kurz nach der Einführung der Reform sind daher nur zu einem kleinen Teil die aktuellen Pflegekosten mit privaten Mitteln (VP), SV Beiträge von Pensionisten (BP) oder SV Beiträge von allen (BA) zu zahlen. Nach 30 Jahren sind alle Pflegekosten mit privaten Mitteln oder SV-Beiträgen zu finanzieren.

5.2. Simulationsergebnisse

Für die Analyse der vier Pflegefinanzierungsszenarien nutzen wir TaxLab, das allgemeine dynamische Gleichgewichtsmodell des IHS (siehe Appendix für eine Beschreibung), das regelmäßig für Analysen der öffentlichen Finanzen genutzt wird²⁰. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Simulationen über fünf Jahrzehnte. Die Ergebnisse für den Arbeitsmarkt und für die Gesamtwirtschaft werden im Vergleich zum Status Quo (SQ) Szenario dargestellt. Zum Beispiel entscheiden die Haushalte im Szenario VP, durchschnittlich einen Monat später in Pension zu gehen.

In diesem Teil der Studie beschreiben und erklären wir die Hauptergebnisse. Die Diskussion für die Politikentwicklung erfolgt in Abschnitt 5.3.

Die Stimulation des Arbeitsmarktes im Jahr 2065 ist im VP Szenario am ausgeprägtesten, gefolgt von BP Szenario, SQ Szenario und letztendlich BA Szenario. Änderungen bei der Wahl des Pensionseintrittsalters, sowie bei der Partizipation am Arbeitsmarkt und den Arbeitsstunden führen jährlich zu zusätzlichen 18 Arbeitsstunden pro Kopf im VP Szenario verglichen mit dem SQ Szenario²¹ und zusätzlichen 12 Arbeitsstunden in Szenario BP. Nur in Szenario BA liegen die durchschnittlichen Arbeitsstunden niedriger als in Szenario SQ, die Differenz beträgt 7 Stunden.

²⁰ Siehe Bettendorf et al. (2013) und Hofer et al. (2015) für Beispiele.

²¹ Im Jahr 2013 arbeiteten in Österreich Beschäftigte durchschnittlich 1.623 Stunden pro Kopf und Jahr. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies 871 Stunden pro Kopf jährlich.

Tabelle 10: Makroökonomische Auswirkungen von Pflegefinanzierungsoptionen

	Aktuell 2015	SQ 2065	VP¹ 2065	BP 2065	BA 2065
<i>Arbeitsmarkt (Differenz zu SQ)</i>					
Effektives Pensionseintrittsalter (Monate)		0,0	0,9	2,4	-0,7
Partizipationsquote (%-Punkte)		0,0	0,6	0,5	-0,2
Arbeitsstunden (Jährliche Arbeitsstunden pro ArbeitnehmerIn) ²		0	9	4	-3
Effektives Arbeitsangebot (Jährliche Arbeitsstunden pro Kopf) ³		0	18	12	-7
<i>Öffentliche Finanzen</i>					
Durchschn. Lohnsteuersatz nicht-Pensionisten (< 55 J.)	15,6	16,3	11,7	13,4	16,1
Durchschn. Lohnsteuersatz Pensionisten	16,0	16,8	12,2	13,9	16,5
Durchschn. SV-Beitragssatz nicht-Pensionisten (< 55 J.)	16,0	16,0	16,0	16,0	18,2
Durchschn. SV-Beitragssatz Pensionisten	4,8	4,8	4,8	21,0	5,4
Durchschn. SV Beitragssatz Unternehmen	26,4	26,4	26,4	26,4	30,1
Durchschn. Mehrwertsteuersatz	19,4	21,9	19,4	19,4	19,4
<i>Makroökonomie (Differenz zu SQ)</i>					
Pro Kopf BIP (%-Punkte)		0,0	2,0	1,3	-0,7
Pro Kopf Privater Konsum (%-Punkte)		0,0	2,6	1,5	-0,7
Pro Kopf Privater Konsum: Veränderung nicht-PensionistInnen / PensionistInnen		100	156	136	90
Pro Kopf Privater Konsum: Veränderung Hochausgebildete / Niedrigausgebildete		100	129	112	99
Pro Kopf Vermögen (%-Punkte)		0,0	7,7	2,6	-1,7

Anmerkungen: 1. Szenario VP liefert theoretische Vergleichswerte, die mit Vorsicht zu interpretieren sind. 2. Bezogen auf tatsächlich Beschäftigte. 3. Bezogen auf eine Durchschnittsbetrachtung der gesamten Workforce, sodass sich zusätzlich zu Änderungen bei den durchschnittlichen Arbeitsstunden pro tatsächlich beschäftigter Person auch Änderungen bei Partizipation, Arbeitslosigkeit und Pensionseintrittsalter niederschlagen.

Quelle: TaxLab Simulationen, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien

Es gibt zwei Gründe für unterschiedliche Arbeitsmarkteffekte: erstens, verschiedene Änderungen bei Steuern und SV-Beiträgen; zweitens, die Wahl eines späteren Pensionseintritts im Szenario BP. Im Szenario VP sinkt die Lohnsteuer am stärksten, von durchschnittlich 15,6 Prozent auf 11,7 Prozent für Erwerbstätige; die SV-Beiträge bleiben unverändert. Den Grund für diese Senkung (und andere Änderungen bei Steuern und Beiträgen) diskutieren wir unten. Diese Senkung der Lohnsteuer erhöht die Anreize für das Arbeitsangebot, und zwar in Form von höherer Partizipation, mehr Arbeitsstunden und späterem Eintritt in die Pension (jeweils im Vergleich mit Szenario SQ). Im Szenario BP sinkt auch der Lohnsteuersatz der Erwerbstätigen, während ihre SV-Beiträge unverändert bleiben. Die Senkung der Lohnsteuer ist geringer als im Szenario VP. Deswegen steigt das Arbeitsangebot in Szenario BP weniger als im Szenario VP, trotz des späteren Eintritts in Pension. Dieser spätere Pensionseintritt in Szenario BP ist dadurch begründet, dass nur die SV-Beiträge auf Pensionen höher sind. Ein späterer Pensionseintritt reduziert demnach die bezahlten SV-Beiträge über die Lebenszeit der Haushalte. Die gleichen Anzeizeffekte erklären auch das geringere Arbeitsangebot in Szenario BA (im Vergleich zum Szenario SQ): obwohl die Lohnsteuer in Szenario BA geringer ist, sind die SV-Beiträge im Jahr 2065 deutlich höher. Die Steigerung der Lohnsteuer um 0,7 Prozentpunkte und der Mehrwertsteuer um 2,5 Prozentpunkte im Status Quo (SQ) Szenario erklären sich aus dem Anstieg der Pflegeausgaben (vgl. AWG-Prognosen), die annahmengemäß weiterhin aus Steuern finanziert werden.

Die Einführung einer Privatversicherung im VP Szenario würde eine Senkung der durchschnittlichen Lohnsteuer um 3,9 Prozentpunkte bis zum Jahr 2065 erlauben. In diesem Szenario würde nicht nur die Steigerung der Pflegeausgaben zwischen 2015 und 2065 (+ 1,3 Prozentpunkte des BIP) mit privaten Mitteln finanziert, sondern es wäre auch nicht notwendig, Steuern oder SV-Beiträge zu erhöhen, um diese Steigerung zu finanzieren. Private Mittel würden auch die aktuellen Pflegekosten finanzieren (1,25 Prozent des BIP), die jetzt durch das Budget – also aus Steuereinnahmen – bezahlt werden. Geringere Staatsausgaben würden deshalb Spielraum für eine Senkung der Lohnsteuer schaffen.

SV-Beiträge auf Pensionen steigen im BP Szenario, der Fragestellung entsprechend, um Pflegeausgaben zu finanzieren. Wie beim VP Szenario wird nicht nur die Ausgabensteigerung im Bereich Pflege abgedeckt, sondern auch jener Ausgabenanteil, der im Jahr 2015 noch aus Steuermitteln bezahlt wird. Diese Reform ermöglicht, die durchschnittliche Lohnsteuerbelastung um mehr als 2,1 Prozentpunkte zu senken, gemessen an der aktuellen Lohnsteuer²².

²² Die Lohnsteuer sinkt im Szenario BP weniger als im Szenario VP, da die Steuerbasis in Szenario VP aus zwei Gründen größer ist. 1. Abgezogene SV-Beiträge verringern unmittelbar die Steuerbasis, damit ist die Steuerbasis bei Pensionen in Szenario BP geringer als in Szenario VP. 2. Die Pflegefinanzierung durch die Privatversicherung vergrößert weder bei Erwerbstätigkeit noch in Pension die Differenz zwischen Brutto- und Nettoeinkommen, was in Szenario VP einen positiven Anreiz auf das Arbeitsangebot hat. .

Die relativ starke Erhöhung von SV-Beitragssätzen für alle Haushalte und Unternehmen im BA Szenario, um 14 Prozent im Zeitraum 2015-2065, finanziert ebenfalls die gesamten Pflegeausgaben, nicht nur den Ausgabenanstieg. Ein Vergleich mit Szenario SQ zeigt einen stärkeren Anstieg der gesamten Steuerbelastung (Lohnsteuer, Mehrwertsteuer und SV Beiträge) bei nicht-PensionistInnen als bei PensionistInnen, was vor allem am niedrigeren Beitragssatz auf Pensionen liegt. Im Szenario BA steigt der durchschnittliche Lohnsteuersatz um 0,5 Prozentpunkte, und führt bis zum Jahr 2065 im Gegensatz zu allen anderen Szenarien zu einer negativen Entwicklung bei allen Arbeitsmarktvariablen (Partizipation, Arbeitsstunden, Pensionseintritt). Entsprechend sinkt auch die Lohnsteuer Basis mehr als in den anderen Szenarien.

In TaxLab folgen langfristige Änderungen des BIP pro Kopf den Änderungen des Arbeitsangebots. Entsprechend führen die gestiegenen pro-Kopf Arbeitsstunden in Szenario VP auch zu einem höheren pro-Kopf BIP, konkret um 2,0 Prozentpunkte höher als in Szenario SQ. Relativ zum SQ Szenario ist das pro-Kopf BIP im BP Szenario um 1,3 Prozentpunkte höher und im BA Szenario um 0,7 Prozentpunkte niedriger.

Durchschnittliche Änderungen des Privatkonsums sind meistens Konsequenzen von Änderungen im BIP: Höhere Produktion ermöglicht mehr Konsum. Deswegen ist der durchschnittliche Privatkonsum um 2,6 Prozentpunkte höher in Szenario VP, 1,5 Prozentpunkte höher in Szenario BP und 0,7 Prozentpunkte kleiner in Szenario BA, jeweils gemessen an Szenario SQ²³.

Wir beschließen diesen Teil mit der Betrachtung langfristiger Unterschiede zwischen Hauptbevölkerungsgruppen²⁴. Der durchschnittliche Privatkonsum bietet sich als Messlatte dafür an, ob und wie Haushalte von Reformen oder demographischen Schocks profitieren.

Wegen der bereits beschlossenen Kürzungen bei Pensionszahlungen²⁵ steigen Netto-Einkommen und Privatkonsum zukünftig weniger bei Pensionsbezug als bei Erwerbstätigkeit (in allen Szenarien). Im Vergleich zu Szenario SQ sind aber die Veränderungen für PensionistInnen relativ zu nicht-PensionistInnen um 10 Prozent günstiger im BA Szenario, 36 Prozent ungünstiger im Szenario BP und 56 Prozent ungünstiger im Szenario VP.

Die günstigere Entwicklung bei PensionistInnen im Szenario BA ergibt sich aus der Struktur der Finanzierungsmodelle. Weil der SV-Beitragssatz auf Pensionen heute niedriger ist (4.8 Prozent im Durchschnitt, statt 16 Prozent für Erwerbstätige) und weil die Sätze proportional

²³ Änderungen im Sparverhalten der Haushalte wirken sich ebenfalls aus. Das VP Szenario ist nicht als Umlagesystem angelegt, Pflegeausgaben fallen aber meist am Ende des Lebens an. Daher müssen in Szenario VP Haushalte mehr Sparen wenn sie jung sind, und Ersparnisse und Kapitaleinkommen steigen im VP Szenario mehr, was langfristig einen höheren Privatkonsum ermöglicht.

²⁴ Gleichgewichtsmodelle wie TaxLab sind für detaillierte Verteilungseffekte, inklusive Armutsrisiko, nicht geeignet. TaxLab modelliert Unterschiede nur zwischen drei Ausbildungsgruppen und acht Altersgruppen.

²⁵ Siehe Ageing Working Group (2015).

(multiplikativ) erhöht werden, verändert sich die gesamte Steuerbelastung auf Pensionen im BA Szenario nur leicht. Das Ergebnis für das BP Szenario, verglichen mit dem SQ Szenario, folgt direkt aus dem Design des Szenario BP, das ja nur die Beiträge auf Pensionen erhöht. Sinkende Lohnsteuer und positive Arbeitsmarktanreize erhöhen in Szenario VP die Konsummöglichkeiten stärker für Erwerbstätige, sodass die Entwicklung bei Pensionen im Vergleich dazu schwächer ausfällt.

In allen Szenarien steigt der Privatkonsum stärker in hochausgebildeten Haushalte als in niedrigausgebildeten Haushalten. Hauptgrund dafür ist die Tatsache, dass der Unterschied in der Partizipationsquote zwischen hoch- und niedrigausgebildeten Haushalten mit dem Alter steigt. Bei alternder Bevölkerung wachsen daher auch die Unterschiede bezüglich Lebenseinkommen und Privatkonsum zwischen Haushalten verschiedener Ausbildungsniveaus.

Die Veränderungen bei niedrigausgebildeten Haushalten sind ähnlich in SQ und in BA Szenario. Relativ zu den Veränderungen von hochausgebildeten Haushalten sind jene für niedrigausgebildete Haushalte um 12 Prozent ungünstiger im BP Szenario und 29 Prozent ungünstiger im VP Szenario. Die Begründung hierfür ist die Progression bei der Lohnsteuer, so dass hochausgebildete Haushalte mehr von der Lohnsteuersenkung in den Szenarien VP und BP profitieren.

5.3. Diskussion der gesamtwirtschaftlichen Effekte

Weil einige Effekte einer realistischen verpflichtenden Privatversicherung (VP) im Rahmen dieser Studie nicht modellierbar waren, sind die Ergebnisse für das VP Szenario als theoretischer Vergleichswert zu nehmen. Insbesondere ist kritisch, dass die vorliegende Analyse keinen öffentlichen Schutzmechanismus gegen das Armutsrisko und die davon ausgehenden negativen Anreizeffekte berücksichtigen konnte. Ein derartiger Schutzmechanismus wäre in der realen Umsetzung einer privaten Pflegeversicherung jedoch notwendig. Ohne die Einberechnung dieser begleitenden Politikmaßnahme ist es unmöglich zu schätzen, was die Netto-Auswirkung des VP Szenario langfristig wäre, zumal die negativen Arbeitsanreize von Armutspolitik stark ausfallen können²⁶.

Von den verbleibenden Szenarien führt das Szenario von Pflegeversicherungsbeiträgen auf Pensionseinkommen (BP) zu den besten durchschnittlichen makroökonomischen Ergebnissen. Das pro-Kopf Bruttoinlandsprodukt würde im Jahr 2065 nur 0,7 Prozentpunkte unter jenem im VP Szenario und mehr als 1,3 Prozentpunkte über jenen in den anderen

²⁶ Für eine weitere Diskussion über Anreize und andere Effekte von Armutspolitik, siehe zum Beispiel Immervoll et al. (2007)

zwei Szenarien liegen. Dennoch würde das BP Szenario die Unterschiede zwischen verschiedenen Hauptbevölkerungsgruppen ausweiten. Die ausschließliche Belastung der Pensionseinkommen für die Finanzierung der Pflegeausgaben lässt den durchschnittlichen Beitragssatz von 4.8 Prozent bis zum Jahr 2065 auf 21.0 Prozent steigen, also über den aktuellen Beitragssatz bei Erwerbstätigen in Höhe von 16.0 Prozent hinaus (der sich bekanntlich auf die Abdeckung eines breiteren Spektrums von Risiken bezieht, insb. Pensionsbeiträge beinhaltet). Dementsprechend wäre der Verlust an Privatkonsum bei PensionistInnen im Vergleich mit nicht-PensionistInnen um 36 Prozent höher als im Status Quo (SQ) Szenario. Niedrigausgebildete Haushalte würden auch im Vergleich zu hochausgebildeten Haushalte mehr verlieren, nämlich um 12 Prozent mehr als im Status Quo Szenario.

Umgekehrt sind die Verteilungseffekte zwischen PensionistInnen und nicht-PensionistInnen, sowie zwischen hoch- und niedrigausgebildeten Haushalten, weniger negativ im Status Quo (SQ) Szenario und dem Szenario einer Pflegeversicherung für alle (BA), allerdings bei schlechteren durchschnittlichen makroökonomischen Ergebnissen. Gesamtwirtschaftlich am schlechtesten schneidet das BA Szenario ab, mit einem um 2,0 Prozentpunkte niedrigeren Bruttoinlandsprodukt im Vergleich zum BP Szenario. Da auch bei Erwerbstätigen der SV-Beitragssatz steigt, wirkt sich das BA Szenario besonders ungünstig auf das Arbeitsangebot aus.

Von den drei realistischen Pflegefinanzierungsoptionen in dieser Makroanalyse scheint die Option einer allgemeinen Pflegeversicherung auf alle Erwerbs- und Pensionseinkommen (BA Szenario) nur wenige Vorteile zu haben. Ob das Szenario der Status Quo (SQ) Finanzierung oder jenes der Pflegeversicherungsbeiträge auf Pensionseinkommen (BP) vorzuziehen ist, ist eine Frage der politischen Prioritäten. Wird der Fokus auf die gesamte Produktion (BIP) gelegt, erscheint die BP Option interessanter. Bei einem stärkeren Fokus auf Umverteilung weist die SQ Option Vorteile auf. Kompromisse sind möglich. Die vorliegenden Modellrechnungen gehen von einer Finanzierung der gesamten öffentlichen Pflegeausgaben über die jeweilige Finanzierungsoption aus. Denkbar wäre aber eine Mischung beider Optionen, SQ und BP Optionen, sodass die Pflegeausgaben teilweise von höherer Lohnsteuer, höherer Mehrwertsteuer und höheren SV-Beiträgen auf Pensionseinkommen (aber nicht für alle Haushalte und Unternehmen) finanziert sind, wobei letztere nicht alle Haushalte und Unternehmen treffen sollten. Die optimale Form der konkreten Mischung hängt aber von der Schwerpunktsetzung in den Präferenzen ab und ist damit eine politische, keine wirtschaftswissenschaftliche Entscheidung²⁷.

²⁷ In diese Entscheidung können selbstverständlich auch weitere Finanzierungsoptionen einbezogen werden, deren Analyse jedoch den Rahmen des Projektes sprengt.

6. Literaturverzeichnis

- Ageing Working Group (2012). The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Union, Joint Report prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee, vol. 2, European Economy.
- Ageing Working Group (2015). The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). European Union, Joint Report prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee, vol. 3, European Economy.
- Berger J, Keuschnigg C, Keuschnigg M, Miess M, Strohner L, Winter-Ebmer R (2009), Modelling of Labour Markets in the European Union – Final Report, Studie im Auftrag der DG EMPL der Europäischen Kommission.
- Bettendorf L, Baldini M, Carré M, Davoine T, Hanappi TP, Hye R, Labeaga JM, Magnani R, Mangiavacchi L, Müllbacher S, Piccoli L, Schuster P, Spadaro A, Sumi P, Valkonen T (2013), Study on the Impacts of Fiscal Devaluation, Taxation Paper No 36, DG TAXUD, European Commission, January 2013.
- Blanchard OJ (1985), Debt, Deficits and Finite Horizons, *Journal of Political Economy* 93, 223-247.
- BMASK (laufende Jahrgänge): Pflegevorsorgebericht.
- BMG (2015), Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln, Stand Juni. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Boone J, Bovenberg L (2002), Optimal Labour Taxation and Search, *Journal of Public Economics* 85, 53-97.
- Brown JR, Finkelstein A (2007): Why is the market for Long-Term Care insurance so small? NBER Working Paper, February.
- Costa-Font J, Courbage G (2012): Long-term care insurance: Partnership or crowding-out. In: Costa-Font, Courbage Financing long-term care in Europe. Institutions, markets, and models. 91-100.

- Davoine T, Keuschnigg C, Schuster P (2013), Ökonomische Evaluierung ausgewählter arbeitsmarkt- und steuerpolitischer Reformansätze, Studie im Auftrag der Industriellenvereinigung, Institut für Höhere Studien, September 2013.
- Diamond P (2004), Social Security, *American Economic Review*, 94, 1–24.
- Feldstein M (2005), Rethinking Social Insurance, NBER Working Paper 11250.
- Gertler M (1999), Government Debt and Social Security in a Life-Cycle Economy, *Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy* 50, 61-110.
- GKV (2015): Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes nach §46 Abs 3 SGB XI über die Verteilung der Verwaltungskostenerstattung der sozialen Pflegeversicherung (Pflege-Verwaltungskostenbestimmung) vom 19. Januar 2015 mit Wirkung zum 01. Januar 2015.
- Glomm G, Ravikumar B (1997), Productive government expenditures and long-run growth, *Journal of Economic Dynamics and Control* 21(1), 183-204.
- Gmeinder M, Kalmar M, Kavlik W (2015): Erfassung der Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts. Bericht an den wissenschaftlichen Beirat System of Health Accounts (SHA) über das 10. Projektjahr 2015.
- Guger A, Knittler K, Marterbauer M, Schratzenstaller M, Walterskirchen E (2008): Analyse alternativer Finanzierungsformen der sozialen Sicherungssysteme. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien.
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger – HV (2015): Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 35. Ausgabe, August 2015. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien.
- Hayashi F (1982), Tobin's Marginal Q and Average Q. A Neoclassical Interpretation, *Econometrica* 50, 213-224.
- Hofer H, Davoine T, Hyee R, Miess M, Müllbacher S, Poyntner P (2015), Ex Ante Evaluation der Steuerreform 2015/2016, Studie im Auftrag der Bundesministerium für Finanzen, Institut für Höhere Studien, Wien.
- IHS (2015), Prognose der österreichischen Wirtschaft 2015–2016 – Allmähliche Konjunkturerholung in Österreich, Institut für Höhere Studien, Wien.

- Immervoll H, Kleven HJ, Kreiner CT, Saez (2007), Welfare reform in European countries: a microsimulation analysis. *Economic Journal* 117 (516), 1-44.
- Jaag C (2005), The Role of Endogenous Skill Choice in an Aging Society. URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=724922.
- Konetzka T, Luo Y (2011): Explaining lapse in long-term care insurance markets. *Health Economics* 20: 1169–1183.
- Kraus M, Czypionka T, Riedel M, Röhring G, Goltz A (2011): Zukunft der Langzeitpflege in Oberösterreich: Neue Modelle der Finanzierung und Leistungserbringung. IHS, Wien.
- Kraus M, Riedel M, Mot E, Willemé P, Röhring G, Czypionka T (2010): A Typology of Long-Term Care Systems in Europe, ENEPRI Research Report no. 91, CEPS, Brussels.
- Le Corre P Y (2012): Long-Term Care Insurance: Building a successful development. In: Costa-Font, Courbage Financing long-term care in Europe. Institutions, markets, and models, Palgrave McMillan, 53-72.
- Mortensen, D, Pissarides C (1999), New developments in models of search in the labor market. In: Ashenfelter und Card (Hrsg.), *Handbook of Labor Economics*, vol. 3B. Amsterdam: Elsevier Science.
- Mühlberger, U; Knittler, K; Guger, A (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wirtschaftsforschungsinstitut, Wien.
- OECD (2011): Private Long-term Care Insurance: A Niche or a “Big Tent”? In OECD: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, 247-261.
- Ohwa M, Chen L (2012): Balancing Long-Term Care in Japan, *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 55, No. 7, pp. 659-672. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2012.670869>
- Pestieau P, Ponthière G (2012): Long-term care insurance puzzle. In: Costa-Font, Courbage Financing long-term care in Europe. Institutions, markets, and models. Palgrave McMillan, 41-52.
- PKV (2014): Zahlenbericht des Verbands der privaten Krankenversicherung – 2013. Verband der privaten Krankenversicherung, Köln.
- Rice TH (1998): *The Economics of Health Reconsidered*, Health Administration Press.

Rothgang H (2010): Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model. *Social Policy and Administration* 44:4, August, 436–460.

Rothgang H (2014): Fehlkonzipierter Vorsorgefonds. *Wirtschaftsdienst* 94:5, 310.

Schneider U, Österle A, Schober C, Schober D (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich – Ausgabenstrukturen und Finanzierung, Forschungsberichte des Instituts für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien.

Statistik Austria (2013), Methodenbericht EU-SILC 2012, Wien.

Statistik Austria (2014), Datenerhebung EU-SILC 2013, Codebook.

Statistik Austria (2015) Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD),
[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html]

Trukeschitz B, Schneider U (2012): Long-Term Care Financing in Austria, in: Costa-Font J, Courbage C (eds.): *Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*; Palgrave Macmillan, 187-213.

Van de Ven WPM, Beck K, Van de Voorde C, Wasem J, Zmora I (2007): Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later, *Health Policy* 83:2-3, 162-179.

WHO (2010): Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability. WHO, Department Health Systems Financing, Discussion Paper 8/2010.

Zuchandke A, Reddemann S, Krummaker S (2012): Financing Long-Term Care in Germany, in: Costa-Font J, Courbage C (eds.): *Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*; Palgrave Macmillan, 214-235.

7. Appendix

7.1. Kurzbeschreibung des IHS-Mikrosimulationsmodells ITABENA

Das Mikrosimulationsmodell des IHS, ITABENA (IHS Tax-BENefit Model for Austria) wurde 2003 am IHS entwickelt, 2005 fundamental weiterentwickelt und seitdem ständig gewartet und verbessert. 2012 wurde es um ein Konsummodul erweitert, weshalb auch Konsumsteuern im Modell berücksichtigt werden können. ITABENA enthält zwei Bestandteile: Informationen zum Bruttoeinkommen auf Individualebene sowie zur Haushaltszusammensetzung werden aus dem EU-SILC entnommen, während die Regelungen des Steuer-Transfer-Systems durch Computerprogramme abgebildet werden. Diese Computerprogramme bilden das österreichische Steuer-Transfer-System Schritt für Schritt nach, wobei auch die Interaktionen zwischen den einzelnen Elementen des Systems berücksichtigt werden. Ausgehend vom individuellen Bruttoeinkommen wird zunächst durch Abzug der Sozialversicherungsbeiträge die Bemessungsgrundlage zur Einkommensteuer sowie die Einkommensteuer bestimmt, wobei alle steuerrechtlich relevanten Informationen (z.B. Familienzusammensetzung) berücksichtigt werden. Nach der Aggregation auf Haushaltsebene werden die relevanten Transfers – z.B. Familienleistungen – addiert, wodurch das verfügbare Einkommen für jeden Haushalt berechnet wird. Das Konsummodul von ITABENA erlaubt zusätzlich die Berechnung der bezahlten Umsatzsteuer auf Haushaltsebene. Der EU-SILC ist repräsentativ für die österreichische Bevölkerung, weshalb mit Hilfe von Stichprobengewichten Hochrechnungen durchgeführt werden können, die es erlauben Aussagen über Haushalte mit gewissen sozio-ökonomischen Charakteristika (wie z.B. Geburtsland, Alter, Einkommen, Ausbildung etc.) zu treffen.

7.2. Beschreibung von TaxLab – ein Makromodell für Österreich

Dieser Anhang gibt eine Beschreibung des allgemeinen dynamischen Gleichgewichtsmodells *TaxLab* (dynamic computable general equilibrium model - DCGE), das am Institut für Höhere Studien entwickelt wurde und besonderes Augenmerk auf den öffentlichen Sektor (Taxation) und den Arbeitsmarkt (Labour) legt. Es kann insbesondere für die makroökonomische Beurteilung von wirtschaftspolitischen Maßnahmen und strukturellen Änderungen und deren Auswirkungen auf die österreichische Volkswirtschaft eingesetzt werden. *TaxLab* wurde in einem erfolgreichen Projekt für die Generaldirektion Arbeitsmarkt der Europäischen Kommission für mehrere Länder der Europäischen Union erweitert. Eine ausführliche Modellbeschreibung findet sich in Berger et al. (2009). Durch die Modellierung des Verhaltens der Haushalte und der Unternehmen können deren Verhaltensreaktionen analysiert werden. Weiters wird der öffentliche Sektor detailliert dargestellt. Österreich wird als kleine offene Volkswirtschaft modelliert, was impliziert, dass der Kapitalverkehr völlig mobil und der heimische Zinssatz durch den Weltzinssatz gegeben ist. *TaxLab* wurde derart kalibriert, dass im Ausgangsgleichgewicht die derzeitige Situation der österreichischen Volkswirtschaft gut abgebildet wird.

Die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung der Volkswirtschaft wird mit Hilfe überlappender Generationen modelliert. Altersspezifische Variablen bestimmen den Übergang in die nachfolgende Altersgruppe bzw. die Sterbewahrscheinlichkeit. Das Grundmodell wurde von Blanchard (1985) entwickelt und von Gertler (1999) adaptiert. Die Arbeitslosigkeit wird als Sucharbeitslosigkeit dargestellt (vgl. Mortensen und Pissarides, 1999). Dabei wird auf ein statisches Sucharbeitslosigkeitsmodell wie etwa bei Boone und Bovenberg (2002) zurückgegriffen, das die wesentlichen Einsichten des dynamischen Modells erlaubt. Im Unternehmensbereich wird von einem repräsentativen Unternehmen ausgegangen, welches unter Einsatz der beiden Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital produziert. Der Arbeitsinput wird analog zu Jaag (2005) mit Hilfe einer CES-Produktionsfunktion weiter nach dem Ausbildungsniveau (gering, mittel, hoch) unterschieden. Das Unternehmen maximiert den Gegenwartswert seiner Profite durch die optimale Wahl der ausgeschriebenen Stellen, die optimale Kündigungsentscheidung, die optimale Menge von firmenfinanziertem Training und die optimale Wahl der Investitionen gemäß der von Hayashi (1982) entwickelten Q-Theorie.

TaxLab unterteilt die Bevölkerung in acht verschiedene Altersgruppen, von denen vier Gruppen rein erwerbstätig und drei Gruppen in Pension sind. Die fünfte Altersgruppe ist eine Mischgruppe, d.h. ein Teil dieser Gruppe ist noch erwerbstätig, während der andere Teil bereits in Pension ist. Das Pensionsantrittsalter wird endogen von den Personen dieser Gruppe gewählt und kann sich daher bei Reformmaßnahmen oder strukturellen Änderungen anpassen. Weiters unterscheidet *TaxLab* drei unterschiedliche Ausbildungsniveaus, nämlich Geringqualifizierte (kein Schulabschluss bzw. nur Pflichtschulabschluss), Individuen mit mittlerer Qualifikation (Lehrlinge, AbsolventInnen einer mittleren bzw. höheren Schule etc.) und Hochqualifizierte (AbsolventInnen von (Fach-)Hochschulen und Akademien). Personen

mit höherer Qualifikation treten später in den Arbeitsmarkt ein als Personen mit geringerer Qualifikation.

Die gewählte Unterteilung in die verschiedenen Gruppen ermöglicht es, den Individuen unterschiedliche Charakteristika zuzuweisen. Zunächst besitzen Mitglieder von verschiedenen Gruppen unterschiedliche Produktivität, wodurch das Lohnprofil Österreichs gut nachgebildet werden kann. Weiters können altersabhängige Eigenschaften wie etwa Sterbewahrscheinlichkeiten oder Gesundheitsausgaben unterschieden werden. Durch diese Struktur des Modells kann zum Beispiel auch die prognostizierte demographische Entwicklung abgebildet werden.

Das Einkommen der Haushalte setzt sich aus dem Nettoarbeits-, dem Arbeitslosen-, dem Pensions- und dem Kapitaleinkommen sowie aus den Transfers des Staates an die Haushalte und Abfertigungszahlungen zusammen. Die Tatsache, dass Pensionszahlungen geringer als das Arbeitseinkommen sind, impliziert, dass Erwerbstätige sparen, um zusätzlich zu Pensionszahlungen einen Teil ihres Alterskonsums durch die Auflösung ihrer Ersparnisse finanzieren zu können.

Die Individuen maximieren den Gegenwartswert ihres Nutzens (ihre Wertfunktion) durch die optimale Wahl ihres Arbeitseinsatzes (Arbeitszeit, Partizipation), ihrer Suchintensität, eine optimale Aus- und Weiterbildungsentscheidung und durch die optimale intertemporale Aufteilung der Konsumausgaben. Der optimale Arbeitseinsatz ist vom Nettolohn abhängig und berücksichtigt zusätzlich die Auswirkungen eines höheren Arbeitseinsatzes (und damit eines höheren Arbeitseinkommens) auf zukünftige Pensions- und Arbeitslosenansprüche. Arbeitslose Individuen wählen die Intensität ihrer Suche nach einer Arbeitsstelle, die unter anderem vom Nettoarbeitseinkommen, dem Arbeitsloseneinkommen und der Wahrscheinlichkeit, einen Arbeitsplatz zu finden, abhängig ist. Andererseits wählen die Unternehmen eine optimale Anzahl von offenen Stellen. Eine sogenannte „matching function“ führt Arbeitssuchende und offene Stellen zusammen. Zusätzlich treffen die Unternehmen eine Kündigungsentscheidung. Durch die Unterscheidung in einzelne Alters- und Ausbildungsgruppen kann *TaxLab* alters- bzw. ausbildungsabhängige Arbeitslosenquoten abbilden. Die optimale Wahl des Pensionsantrittsalters bzw. die optimale Partizipationsentscheidung wird im Wesentlichen durch das Nettoarbeitseinkommen und die Nettoersatzrate bzw. die soziale Absicherung bestimmt. Die optimalen Aus- und Weiterbildungsentscheidungen hängen vor allem von der erwarteten Rendite von höherem Humankapital und den Kosten (Verdienstentgang) ab.

Im öffentlichen Bereich werden Budgets für die soziale Sicherung und ein allgemeines Budget zur Finanzierung des öffentlichen Konsums unterschieden. Einnahmen der Sozialversicherungen bestehen aus Dienstnehmer- und Dienstgeberbeiträgen bzw. Transfers aus dem allgemeinen Budget. Ausgabenerhöhungen können alternativ durch eine

Erhöhung der Beitragssätze oder über zusätzliche Überweisungen aus dem Budget finanziert werden.

Aus dem allgemeinen Budget werden die Ausgaben des Bundes und untergeordneter Gebietskörperschaften für den öffentlichen Konsum, für die Überweisungen an die Sozialversicherungsträger und Transfers an die Haushalte und Unternehmen und für den Zinsdienst der Staatsverschuldung über Einnahmen aus dem Steuersystem finanziert. Dabei werden alle wesentlichen Steuern des österreichischen Steuersystems (Lohn-/Einkommensteuer, Körperschaftsteuer, Konsumsteuern, Kapitalertragssteuern auf Zinsen und Dividenden und Kommunalsteuern) explizit modelliert, während Steuern mit geringerem Aufkommen in aggregierter Form in das Budget einfließen. *TaxLab* bildet hierbei sowohl das progressive Einkommensteuersystem als auch das System der Sozialversicherung (inklusive Höchstbeitragsgrundlage) ab. Vereinfachend wird angenommen, dass das Budgetdefizit jedes Jahr so gewählt wird, dass der Anteil der Staatsverschuldung am Bruttoinlandsprodukt konstant bleibt. Das ausgeglichene Budget kann entweder durch die Veränderung von Steuersätzen oder durch eine Anpassung des öffentlichen Konsums oder der Ausschüttung von Transfers an die privaten Haushalte erreicht werden.

Im Falle der Anpassung über den öffentlichen Konsum können geringere Staatsausgaben bzw. öffentliche Investitionen zu einem niedrigeren Wachstumspotenzial der Volkswirtschaft führen. Simulationen mit *TaxLab* erlauben es den Effekt der Verringerungen des öffentlichen Konsums (Kapitalstocks) auf die gesamtwirtschaftliche Produktivität zu quantifizieren. In *TaxLab* ist der Einfluss des öffentlichen Kapitalstocks auf den technischen Fortschritt (TFP) mittels eines reduzierten Ansatzes implementiert und anhand der Schätzwerte aus der empirischen Literatur kalibriert. Glomm und Ravikumar (1997) liefern einen Überblick über die empirischen Schätzungen zu der Wirkung des öffentlichen Kapitalstocks auf die gesamtwirtschaftliche Produktivität. Die Bandbreite der Schätzungen über die Elastizität reicht von 0 bis 0,36, wobei zwischen den einzelnen Schätzungen die Definitionen von produktiven Staatsausgaben oft stark variieren. Im Modell wird eine Elastizität von 0,08 für die gesamten Staatsausgaben (ohne Gesundheitsausgaben, Sozialversicherungsausgaben und Transfers) verwendet. Durch eine Variation der Elastizität können alternative Szenarien gerechnet werden.

7.3. Tabellenanhang

Tabelle 11: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Szenario 2:
Finanzierungsbedarf 2,4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 7,4 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Netto-Pensionseinkommen ²		Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ³		Verteilung der Gesamtbelastung	
		Veränderung durch Reform		Veränderung durch Reform		in Euro	
		Durchschnitt in Euro	in %	Durchschnitt in Euro	in %	in Euro	in %
1	204.200	3.111	-238	-7,66	21.005	-536	-2,55
2	204.220	8.038	-623	-7,75	21.767	-935	-4,29
3	203.429	11.355	-883	-7,78	19.753	-900	-4,56
4	204.067	13.491	-1.023	-7,59	22.363	-1.030	-4,61
5	204.332	16.116	-871	-5,40	23.485	-924	-3,94
6	203.506	18.530	-984	-5,31	23.808	-1.118	-4,69
7	203.527	21.309	-1.095	-5,14	26.576	-1.185	-4,46
8	203.790	24.448	-1.338	-5,47	28.225	-1.406	-4,98
9	204.012	28.498	-1.591	-5,58	31.815	-1.654	-5,20
10	203.523	41.888	-2.466	-5,89	41.585	-2.383	-5,73
Gesamt	2.038.606	21.840	-1.111	-5,09	26.035	-1.207	-4,64
						2.401.216.275	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des individuellen Netto-Pensionseinkommen im Jahr 2015.

² Simulation der individuellen Netto-Pensionseinkommen ohne Berücksichtigung weiterer Einkommen und des Haushaltszusammenhangs.

³ Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen (alle Einkommen und monetäre Transferleistungen) wurde äquivalisiert und auf alle Haushaltsmitglieder aufgeteilt.

Tabelle 12: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Szenario 3:
Finanzierungsbedarf 1,6 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 4,9 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Netto-Pensionseinkommen ²		Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ³		Verteilung der Gesamtbelastung	
		Veränderung durch Reform		Veränderung durch Reform		Gesamtbelastung	
		Durchschnitt in Euro	in Euro	Durchschnitt in Euro	in Euro	in Euro	in %
1	204.200	3.111	-158	21.005	-353	29.329.101	1,85
2	204.220	8.038	-412	21.767	-618	80.545.559	5,09
3	203.429	11.355	-585	19.753	-596	116.561.997	7,37
4	204.067	13.491	-668	22.363	-674	127.665.104	8,07
5	204.332	16.116	-567	23.485	-610	116.062.587	7,34
6	203.506	18.530	-647	23.808	-737	142.142.110	8,99
7	203.527	21.309	-727	26.576	-785	164.618.933	10,41
8	203.790	24.448	-884	28.225	-929	197.882.176	12,51
9	204.012	28.498	-1.053	31.815	-1.095	237.887.638	15,04
10	203.523	41.888	-1.629	41.585	-1.576	368.706.330	23,32
Gesamt	2.038.606	18.671	-733	26.035	-797	1.581.401.535	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des individuellen Netto-Pensionseinkommen im Jahr 2015.

² Simulation der individuellen Netto-Pensionseinkommen ohne Berücksichtigung weiterer Einkommen und des Haushaltszusammenhangs.

³ Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen (alle Einkommen und monetäre Transferleistungen) wurde äquivalisiert und auf alle Haushaltsmitglieder aufgeteilt.

Tabelle 13: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Personen mit Pensionseinkommen – Szenario 4:
Finanzierungsbedarf 200 Mio. Euro; Pflegeversicherung 0,65 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Netto-Pensionseinkommen ²		Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ³		Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform in Euro	in %	Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform in Euro	in %
1	204.200	3.111	-21	-0,67	21.005	-47	-0,22
2	204.220	8.038	-55	-0,68	21.767	-81	-0,37
3	203.429	11.355	-78	-0,68	19.753	-79	-0,40
4	204.067	13.491	-85	-0,63	22.363	-87	-0,39
5	204.332	16.116	-75	-0,46	23.485	-81	-0,34
6	203.506	18.530	-85	-0,46	23.808	-97	-0,41
7	203.527	21.309	-96	-0,45	26.576	-103	-0,39
8	203.790	24.448	-117	-0,48	28.225	-123	-0,44
9	204.012	28.498	-140	-0,49	31.815	-145	-0,46
10	203.523	41.888	-216	-0,52	41.585	-209	-0,50
Gesamt	2.038.606	18.671	-97	-0,52	26.035	-105	-0,40
						208.871.098	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des individuellen Netto-Pensionseinkommen im Jahr 2015.

² Simulation der individuellen Netto-Pensionseinkommen ohne Berücksichtigung weiterer Einkommen und des Haushaltszusammenhangs.

³ Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen (alle Einkommen und monetäre Transferleistungen) wurde äquivalisiert und auf alle Haushaltsmitglieder aufgeteilt.

Tabelle 14: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Szenario 2: Finanzierungsbedarf 2,4 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 7,4 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ²			Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform		in Euro	in %
			in Euro	in %		
1	301.289	10.419	-597	-5,73	154.577.036	6,44
2	300.111	15.115	-674	-4,46	166.154.317	6,92
3	300.707	18.126	-850	-4,69	211.555.144	8,81
4	300.399	20.487	-816	-3,98	192.449.332	8,01
5	303.187	22.673	-888	-3,92	214.723.270	8,94
6	297.638	24.922	-919	-3,69	215.808.642	8,99
7	300.382	27.528	-1.068	-3,88	244.358.537	10,18
8	302.432	31.039	-1.158	-3,73	280.498.420	11,68
9	298.552	36.613	-1.410	-3,85	331.934.063	13,82
10	300.469	54.386	-1.669	-3,07	389.157.514	16,21
Gesamt	3.005.166	26.122	-1.005	-3,85	2.401.216.275	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des verfügbaren äquivalisierten Pro-Kopf-Haushaltseinkommens.

² Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert alle Einkommen und Transferleistungen.

Tabelle 15: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Szenario 3: Finanzierungsbedarf 1,6 Mrd. Euro; Pflegeversicherung 4,9 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ²			Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform		in Euro	in %
		in Euro	in Euro	in %		
1	301.289	10.419	-395	-3,79	102.362.295	6,47
2	300.111	15.115	-444	-2,94	109.954.317	6,95
3	300.707	18.126	-564	-3,11	140.355.144	8,88
4	300.399	20.487	-540	-2,64	127.249.332	8,05
5	303.187	22.673	-584	-2,58	141.923.270	8,97
6	297.638	24.922	-607	-2,43	142.808.642	9,03
7	300.382	27.528	-705	-2,56	163.158.537	10,32
8	302.432	31.039	-768	-2,47	179.498.420	11,35
9	298.552	36.613	-941	-2,57	222.934.063	14,10
10	300.469	54.386	-1.103	-2,03	251.157.514	15,88
Gesamt	3.005.166	26.122	-665	-2,55	1.581.401.534	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des verfügbaren äquivalisierten Pro-Kopf-Haushaltseinkommens.

² Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert alle Einkommen und Transferleistungen.

Tabelle 16: Pflegeversicherung auf Pensionseinkommen, Haushalte mit Pensionseinkommen – Szenario 4: Finanzierungsbedarf 200 Mio. Euro; Pflegeversicherung 0,65 Prozent

Dezil ¹	Anzahl Personen absolut	Verfügbares Pro-Kopf-HH-Einkommen ²			Verteilung der Gesamtbelastung	
		Durchschnitt in Euro	Veränderung durch Reform		in Euro	in %
			in Euro	in %		
1	301.289	10.419	-52	-0,50	13.495.806	6,46
2	300.111	15.115	-58	-0,38	14.212.051	6,80
3	300.707	18.126	-73	-0,40	18.117.998	8,67
4	300.399	20.487	-71	-0,35	16.832.732	8,06
5	303.187	22.673	-75	-0,33	18.258.315	8,74
6	297.638	24.922	-80	-0,32	18.838.535	9,02
7	300.382	27.528	-93	-0,34	21.495.146	10,29
8	302.432	31.039	-102	-0,33	24.400.708	11,68
9	298.552	36.613	-124	-0,34	29.369.565	14,06
10	300.469	54.386	-145	-0,27	33.850.243	16,21
Gesamt	3.005.166	26.122	-87	-0,33	208.871.099	100,00

Quelle: EU-SILC 2013 (Statistik Austria), IHS-ITABENA 2015.

¹ Reihung der Personen anhand des verfügbaren äquivalisierten Pro-Kopf-Haushaltseinkommen.

² Das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltseinkommen inkludiert alle Einkommen und Transferleistungen.

AutorInnen: M Riedel, T Davoine, P Poyntner, G Titelbach

Titel: Optionen zur Deckung des zukünftigen Finanzierungsbedarfes in der Pflege

Research Report

© 2015 Institut für Höhere Studien (IHS),
Josefstädter Straße 39, A-1080 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
